

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO

INFORME FINAL
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA - PPS-

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA LA DIFUSIÓN DE LA
LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE (Decreto No. 32-2010),
CON ÉNFASIS EN LA GESTIÓN DE CASAS MATERNAS
EN EL ÁREA RURAL DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE,
CHIMALTENANGO**

Haydée Ileanova Lemus Argueta

Guatemala, noviembre de 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO

INFORME FINAL
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA - PPS-

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA LA DIFUSIÓN DE LA
LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE (Decreto No. 32-2010),
CON ÉNFASIS EN LA GESTIÓN DE CASAS MATERNAS
EN EL ÁREA RURAL DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE,
CHIMALTENANGO**

Presentado por:
Haydée Ileanova Lemus Argueta

Previo a optar el grado de Magíster Artium en
Comunicación para el Desarrollo

Guatemala, noviembre de 2011



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Director

M.A. Gustavo Bracamonte

Consejo Directivo

Coordinador del Departamento de Estudios de Postgrado

M.A. Gustavo Bracamonte

Coordinador de Maestría en Comunicación para el Desarrollo

M.A. Donaldo Vásquez

Catedrática

M.A. Ninoshka Lou

Guatemala, noviembre de 2011.

“Por cuestiones legales, el autor de este informe final es el responsable de su contenido”

Índice

Contenido

Resumen.....	i
Introducción	iv
CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA COMUNICACIONAL	1
1.1 Problema de la salud materna y neonatal	1
CAPÍTULO 2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	7
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA APLICADA.....	12
3.1 Tipo de estudio.....	12
3.2 Muestra.....	12
3.3 Fases del estudio.....	14
3.3.1 Diagnóstico Situacional.....	14
3.3.2 Diagnóstico participativo de comunicación.....	17
3.3.3 Elaboración de estrategia participativa de comunicación	18
3.4 Objetivos.....	20
3.5 Muestra del estudio	21
3.6 Información a Recolectar	21
3.7 Técnicas de Recolección de datos.....	22
CAPÍTULO 4 DIAGNÓSTICO COMUNICACIONAL.....	23
4.1 Resumen Ejecutivo	23
4.2 Introducción	24
4.3 Presentación de los resultados	24
CAPÍTULO 5 PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO	36
5.1 Introducción	36
5.2 Justificación de la Estrategia.....	37
5.3 Objetivos (General y Específicos de la Estrategia)	37
5.4 Público Destinatario.....	38
5.5 Productos Propuestos para Alcanzar los Objetivos	39
5.6 Especificaciones de los productos	40
5.7 Piezas comunicacionales (diseño creativo).....	41
5.8 Selección de Medios (plan de medios y plan de distribución)	46

5.9 Resultados Esperados	51
5.10 Monitoreo y Evaluación.....	51
CAPÍTULO 6 RESULTADOS FUTUROS	52
CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES.....	53
CAPÍTULO 8 RECOMENDACIONES	55
Bibliografía	56
Anexos.....	58
Anexo 1	59
Cartas de autorización para realizar Práctica Profesional Supervisada	59
Anexo 2	60
Talleres (1 y 2) para diagnóstico comunicacional y (3) elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. <i>Dirigido a mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango</i> , septiembre de 2011.	60
Anexo 3	82
Talleres para diagnóstico comunicacional y elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. <i>Dirigido a líderes del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango</i> octubre de 2011.	82
Anexo 4	89
Piezas comunicacionales de la estrategia de comunicación: bifoliar, afiche, spot de radio.....	89
Anexo 5	93
Revisión Bibliográfica y Documentos Técnicos e Institucionales Consultados en la Fase de Diagnóstico Situacional	93
Anexo 6	94
Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010, Congreso de la República de Guatemala	94

Resumen

El problema de la mortalidad materna es uno de los más preocupantes a nivel de salud en Guatemala y en este contexto, se emite la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala), con el fin de implementar estrategias que ayuden a reducir los índices de mortalidad materna y del recién nacido del país.

El presente trabajo de Práctica Profesional Supervisada, propone una estrategia de comunicación para el desarrollo, con el fin de difundir la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala), poniendo especial énfasis en la gestión de casas maternas que menciona la misma ley. Esto, aplicado al municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, lugar donde se realizó el trabajo.

La propuesta de la estrategia de comunicación, responde al problema comunicacional detectado: falta de conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable entre las mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango. El desconocimiento de dicha ley conlleva a que la comunidad no demande la instalación de casas maternas culturalmente adaptadas cercanas a los servicios de salud, según lo indica el artículo No. 13 de la ley, como una de las estrategias para reducir el retraso en la movilización de las madres embarazadas del área rural, al momento del parto, hacia un servicio de salud.

Se proponen la difusión de información a través de: a) organización de reuniones comunitarias en las que participen autoridades locales, líderes comunitarios, representantes de la comunidad – y cuya organización y seguimiento esté a cargo del Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, b) spots de radio a ser difundidos en la radio comunitaria más escuchada por la población de San Martín Jilotepeque, c) impresión de bifolios y afiches, para recordar y reforzar la información que se dé en las reuniones comunitarias, o bien llegar a la población que no se pueda a través de las reuniones.

Se utilizó la base teórica de la comunicación del modelo socioecológico, que indica que la comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSyC) enfatiza el rol que la comunicación puede jugar en la facilitación de procesos de cambio social, incluyendo comportamientos individuales y normas sociales. Este modelo funciona a través de tres procesos clave que encajan en el presente estudio:

- ✓ promoción y defensa (o abogacía)
- ✓ movilización social
- ✓ comunicación para el cambio del comportamiento

El presente estudio es exploratorio, utilizó metodología cualitativa como herramienta principal para obtener información y algunas técnicas cuantitativas para obtener información sociodemográfica. Las principales herramientas utilizadas fueron: entrevistas, grupos focales, y técnicas participativas de educación popular.

La muestra principal incluyó a mujeres en edad reproductiva del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, y como muestra secundaria a líderes miembros participantes del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango.

El estudio se desarrolló en tres fases: 1) Diagnóstico situacional, 2) Diagnóstico participativo de comunicación, y 3) Elaboración de estrategia participativa de comunicación.

Con la implementación de la estrategia de comunicación propuesta en este trabajo, se pretende alcanzar los siguientes resultados a futuro:

1. Difusión y mediación de la Ley para la Maternidad Saludable, entre las comunidades de San Martín Jilotepeque.
2. Organización de la comunidad para gestionar la instalación de casas maternas.
3. Instalación de las primeras casas maternas en Chimaltenango y, en general, en el país.
4. Contribución a mejorar la salud materna y del recién nacido del municipio, al momento de contar con casas maternas.

Entre las principales conclusiones, se puede mencionar:

1. El desconocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable a nivel comunitario, resulta en la falta de acciones por parte de la comunidad, para demandar la instalación de las casas maternas.
2. La Ley para la Maternidad Saludable, es conocida por los miembros del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango. Sin embargo, no todos los miembros que participaron en el taller, conocen en detalle la ley, evidenciando desconocimiento en cuanto al tema de las casas maternas.
3. Es factible la organización comunitaria y futura instalación de casas maternas, pero esto se dará hasta que la comunidad se apropie de la información, estén conscientes de la necesidad de instalar casas maternas, y se comprometa a los líderes comunitarios y autoridades locales a gestionar acciones para concretarlo.

Asimismo, se hicieron recomendaciones en relación a la difusión de la Ley para la Maternidad Saludable.

Introducción

El presente informe de Práctica Profesional Supervisada, propone una estrategia de comunicación para el desarrollo, con el fin de difundir la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala), poniendo especial énfasis en la gestión de casas maternas que menciona la misma ley. Esto, aplicado al municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, lugar donde se realizó el trabajo.

La propuesta de la estrategia de comunicación, responde al problema comunicacional detectado: falta de conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable entre las mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango. El desconocimiento de dicha ley conlleva a que la comunidad no demande la instalación de casas maternas culturalmente adaptadas cercanas a los servicios de salud, según lo indica el artículo No. 13 de la ley, como una de las estrategias para reducir el retraso en la movilización de las madres embarazadas del área rural, al momento del parto, hacia un servicio de salud.

A lo largo del presente estudio, se justifica la estrategia de comunicación presentada y se presentan los fundamentos teóricos necesarios que sustentan la misma.

El documento se divide en capítulos estructurados: antecedentes del problema, fundamentos teóricos de la comunicación, metodología aplicada, diagnóstico comunicacional, propuesta de estrategia de comunicación para el desarrollo, resultados futuros, conclusiones, recomendaciones, bibliografía consultada, así como la sección de anexos que sustenta la parte de los talleres, piezas comunicacionales desarrolladas, así como otros documentos importantes.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA COMUNICACIONAL

El problema comunicacional detectado es la falta de conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala, entre las mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, por ende, el desconocimiento de dicha ley conlleva a que la comunidad no demande la instalación de casas maternas culturalmente adaptadas cercanas a los servicios de salud, según lo indica el artículo No. 13 de dicho decreto, como una de las estrategias para reducir el retraso en la movilización de las madres embarazadas del área rural, al momento del parto, hacia un servicio de salud.

Asimismo, se detectó que no todos los miembros que forman parte del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango conocen a profundidad la ley mencionada, lo que hace que no se aproveche el potencial del observatorio, en su rol de abogar por la salud reproductiva del departamento, para tratar el tema de las casas maternas, entre otros. La instalación de casas maternas ayudaría a disminuir la barrera de distancia o retraso en la movilización hacia el servicio de salud, sobre todo en casos de emergencia, colaborando en parte a reducir la mortalidad materna de dicho municipio.

1.1 Problema de la salud materna y neonatal en Guatemala

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Guatemala tiene una población de 14,713,763 habitantes en el 2011¹, lo que lo convierte en el país más poblado de Centroamérica, donde del total de habitantes el 40% son indígenas. Asimismo, el INE realizó la segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI-2006², y los resultados mostraron que 5 de cada 10 personas se encontraban en situación de pobreza y aproximadamente 2 de cada diez eran extremadamente pobres. Según la ENCOVI-2006, 8

¹ Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 20 de octubre de 2011 de: <http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm>

² Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI-2006. Recuperado el 20 de octubre de 2011 de: <http://www.ine.gob.gt/np/encovi/encovi2011.htm>

de cada 10 indígenas eran pobres y solamente 4 de cada 10 de la población no indígena, también lo son.

Los resultados mostraron que la pobreza afecta de modo diferente a indígenas y no indígenas, pero que incide notoriamente en las distintas poblaciones mayas. Los datos de la ENCOVI muestran la relación que tiene la pobreza y condiciones de vida con el tema de acceso a la salud y condiciones saludables.

El último Informe de Desarrollo Humano publicado por el PNUD, 2007/2008, indica que casi un 75% de la población indígena vive en condiciones de pobreza, en comparación con sólo un 36% de población no indígena. Estas desigualdades también se reflejan entre los habitantes del área rural y del área urbana. Guatemala tiene un índice de pobreza del 50% y un índice de pobreza extrema del 15% a nivel nacional.

Según datos de la quinta Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 (ENSMI), de Guatemala, los resultados en salud de Guatemala se comparan de manera desfavorable con los de otros países mucho más pobres. La tasa de mortalidad infantil de 42 por 1,000 nacidos vivos es la más alta en Centroamérica y la tercera más alta en la región después de Haití y Bolivia. Asimismo, la tasa de mortalidad materna de 136 por 100,000 nacidos vivos, es una de las más altas de la región, y la prevalencia de uso de anticonceptivos de 54% es una de las más bajas de la región.

En el tema de la mortalidad materna, Julio Mayca et.al. (2009; 26(2): 145-60) afirma que:

“La literatura refiere varios modelos de marcos conceptuales para ayudar a entender los factores que determinan la mortalidad materna. Así por ejemplo, “el modelo de las tres demoras”, identifica los puntos en los que pueden ocurrir demoras para el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento, a partir de la demora en la decisión de acudir a un servicio de salud, retraso en la movilización hacia un servicio de salud y el retraso en recibir la atención apropiada. Esto revela dos problemas: 1) la baja

capacidad resolutive de los servicios de atención materna y neonatal y, 2) el bajo nivel de demanda de servicios por parte de las gestantes y sus familias.” (pg. 146)

El autor Mayca (2009) habla también de las determinantes más importantes que limitan el acceso de la gestante a los servicios de salud, e indica que estos están relacionados con:

“... la dispersión geográfica poblacional, los escasos recursos económicos familiares, la deficiente orientación de los recursos del Seguro Integral de Salud para la atención de gestantes....., la escasa participación ciudadana-social y la gigantesca brecha cultural.” (pg. 146)

Mayca hace referencia a diferentes estudios y proyectos sobre mortalidad materna y neonatal, y se ha identificado que para reducir las altas tasas de muerte materna y perinatal, se requiere de lo siguiente: promover la planificación familiar, control prenatal y parto institucional, realizar acciones que orienten tanto a la mejora de la calidad de la oferta como al incremento de la demanda del servicio. Por otro lado, también han identificado una serie de deficiencias en el sistema de salud en general, entre ellas: sistema de referencia y contrarreferencia, inadecuado trato e información al usuario, poca adecuación cultural de la atención del parto y del recién nacido, limitado uso de guías, manuales y protocolos de atención materno-neonatales, deficientes procedimientos para admisión integral, deficiente organización, orden, limpieza y presentación de los ambientes de los servicios y falta de procesos de control interno y externo de eficacia productiva y de control de la calidad de atención, entre otros.

En el contexto de Guatemala, la desigualdad de ingresos económicos y niveles de educación, ha provocado grandes diferencias en los indicadores de salud entre las poblaciones urbanas no-indígenas y las poblaciones rurales indígenas. Para referencia, la tabla No. 1 resume los antecedentes de la situación de salud de Guatemala. La mortalidad infantil y desnutrición son 50% más altas en los niños indígenas del área rural. La atención del parto por personal calificado en mujeres indígenas del área rural es menos de la mitad que en las mujeres no indígenas de las áreas urbanas.

Tabla No. 1
Inequidades en los Resultados de la Salud¹

	Total Tasa de Fertilidad	(%) Prevalencia Anticonceptivos	Tasa de Fertilidad, Adolescentes ²	Tasa de Mortalidad Infantil ³	Tasa de Mortalidad en niños menores de 5 años ³	(%)atención de parto institucional	(%)Desnutrición Crónica ⁴
Rural	4.2	46	78	33	48	36	52
Urbano	2.9	66	114	25	31	77	29
Indígena	4.5	40	NA	34	51	29	59
No indígena	3.1	63	NA	27	33	70	31
TOTAL	3.6	54.1	98	30	42	51	43

Fuente:

¹ 5a. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009

² nacimientos por 1000 mujeres entre 15-19 años

³ por 1000 nacidos vivos

⁴ niños entre 3-59 meses de edad

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) cuenta con un Plan Nacional de Salud (PNS) para los Guatemaltecos³, en el cual se apoyan los componentes relacionados con la salud que están incluidos como parte de los Acuerdos de Paz de 1996, así como el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El plan identifica retos tales como reducir las desigualdades en salud entre los habitantes urbanos/rurales y los indígenas/no indígenas, la necesidad de orientar los servicios de salud integral más hacia la prevención en salud, mejorar el acceso y calidad de los mismos, la coordinación interinstitucional para mejorar la efectividad, mejoras a la infraestructura y el financiamiento, así como lograr que los servicios sean oportunos.

El mismo plan (PNS) define prioridades inmediatas: desarrollar sistemas de información y de inteligencia sobre salud; ampliar la red de servicios de salud, especialmente en los 125 municipios más pobres; lograr una reducción en la mortalidad materna y neonatal y en la desnutrición crónica e incrementar el financiamiento para salud.

³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. Plan Nacional de Salud (PNS) para los Guatemaltecos. Recuperado el 13 de septiembre de 2011 de:
http://www.mspas.gob.gt/images/stories/GENERAL/MISION_VISION/PLAN_NACIONAL/plan.pdf

De esta manera se resume la situación de salud en Guatemala y se da una breve identificación del país en el contexto de la salud materna, tema que atañe al presente estudio. La tabla 2 resume los principales resultados de indicadores de salud de Guatemala, según la V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) del período 2008-2009⁴:

Tabla No. 2			
Principales resultados de la ENSMI			
V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil del período 2008-2009, 2002 y 1987			
	1987	2002	2008-09
Desnutrición Crónica 3 a 59 meses	55.2 (1995)	54.3	49.8
Mortalidad infantil (10 años antes de la encuesta)	79	44	34
Mortalidad infantil (Cinco años antes de la encuesta)	73	39	30
Mortalidad en la niñez (cinco años previo a la encuesta)	109	53	42
Atención del parto por médico o enfermera	34.8	41.1	51.4
Vacunación en niños de 12 a 23 meses (todas las vacunas)	22.2	62.5	71.2
Tasa global de fecundidad	5.6	4.4	3.6

Fuente: http://www.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=31:v-encuesta-materno-infantil-2008-2009&catid=2:noticias&Itemid=65

A continuación se da una breve reseña de la institución en la cual el estudiante de Maestría en Comunicación para el Desarrollo de la USAC, está realizando su práctica profesional supervisada:

El Proyecto de Políticas en Salud – HPP- (Health Policy Project por sus siglas en inglés) tiene como uno de sus ejes de trabajo el abogar e impulsar iniciativas y políticas de salud reproductiva que promuevan la salud materna y neonatal de las mujeres indígenas del área rural, que es el área donde se focalizan las tasas más altas de mortalidad materna y neonatal del país. El proyecto trabaja en comunidades del área rural contactándose con redes de mujeres indígenas, redes de hombres y observatorios de la sociedad civil conformados que trabajan y monitorean actividades por la salud reproductiva, a través de trabajo de abogacía, organización comunitaria e impulso de políticas a favor de la salud de la mujer. Asimismo, el

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) del período 2008-2009. Recuperado el 13 de septiembre de 2011 de: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

proyecto hace acercamientos y trabajo de cabildeo a nivel del Congreso de la República y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para apoyar políticas públicas en el tema de la salud materna.

Antes y durante el 2010, se realizó trabajo político y de abogacía por parte de instancias de la sociedad civil, entre otros, el Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR), que está representado en diferentes departamentos del país. Entre las acciones de cabildeo realizadas por la sociedad civil, y con el apoyo de algunos diputados del Congreso de la República de Guatemala, el 9 de septiembre de 2010 se emitió la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010. Esta ley contiene las normas que deben seguir las instituciones públicas para cuidar de la salud de las mujeres y los recién nacidos.

Como parte del espacio que el proyecto HPP brinda al estudiante practicante de la USAC, se pretende alcanzar los objetivos planteados en esta propuesta y poder elaborar una estrategia participativa de comunicación en beneficio de la población meta.

El proyecto se beneficiará del presente estudio ya que le dará insumos para seguir impulsando el tema de la salud materna y neonatal en el departamento de Chimaltenango, especialmente lo referente a promover la instalación de casas maternas como una de las soluciones para disminuir la barrera geográfica o retraso en la movilización hacia un servicio de salud por parte de las madres embarazadas, al momento del parto. Esto de alguna manera contribuiría a disminuir los porcentajes de mortalidad materna del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

CAPÍTULO 2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Para la presente propuesta, se utilizan los fundamentos teóricos del Modelo Socioecológico. Según la fuente consultada⁵, este modelo se define así:

“El Modelo Socioecológico se basa en las teorías/enfoques existentes de diversas disciplinas que incluyen la ciencia política, sociología, psicología y comunicación. A través de una síntesis de la información que se incluye en estas teorías y enfoques, el modelo socioecológico propone varios niveles de influencia para encontrar "momentos clave" para el cambio. Un momento clave puede ser un evento que ocurre de forma natural (como los terremotos) o un determinante fuerte como la voluntad política, que puede proporcionar la masa crítica o la energía final para “volcar” una situación hacia el cambio. El término se encuentra en la sociología, la economía y la epidemiología para describir cómo el ímpetu llega a un punto en donde el cambio se vuelve inevitable. Los momentos clave pueden ser importantes para que los gobiernos, la oposición, o los movimientos sociales se unan de manera colectiva y con suficiente mano de obra para trabajar en pro de cierta meta”. (CCSyC del Proyecto C-Change).

La teoría expresa que la comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSyC) enfatiza el rol que la comunicación puede jugar en facilitar procesos de cambio social, incluyendo comportamientos individuales y normas sociales. Características:

1. Es un proceso interactivo, basado en la investigación y la planificación que busca cambiar las condiciones sociales y los comportamientos individuales.
2. Utiliza un modelo integral que examina: el conocimiento y la motivación individuales, las normas sociales/de género, actitudes y un ambiente favorable.
3. Funciona a través de tres estrategias clave:
 - a) promoción y defensa (o abogacía)
 - b) movilización social
 - c) comunicación para el cambio del comportamiento

⁵ Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSyC), del Proyecto C-Change (Comunicación para el Cambio, por sus siglas en inglés). Recuperado el 16 de octubre de 2011 de: <http://www.c-hubonline.org/7992/1/Module0-Practitioner.pdf>

Existe un “Continuo de Planificación” entre estas tres estrategias, como se ilustra a continuación:

Gráfica No. 1
Estrategias Clave de CCSyC

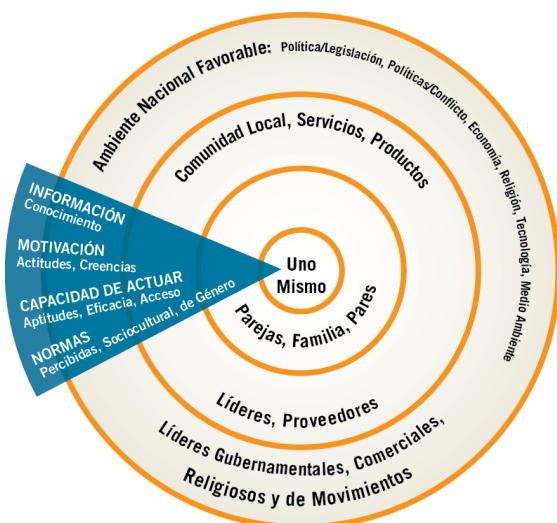


FUENTES: Adaptado de McKee, N. Social Mobilization y Social Marketing en Developing Communities (1992)

Estas teorías y modelos abordan comportamientos humanos y contextos sociales y políticos en uno de los tres niveles posibles de cambio: Individual, interpersonal o comunitario.

Este modelo hace énfasis en poder encontrar “momentos clave” para poder cambiar, y que estos cambios pueden darse a nivel de la persona, o de las parejas-familias-pares, a nivel de líderes o la comunidad local, o bien a nivel de líderes del gobierno, movimientos religiosos o nivel nacional. Así como se muestra en la siguiente figura:

Gráfica No. 2
Momentos Clave de CCSyC



FUENTE: Adaptado de McKee, Manoncourt, Chin y Carnegie (2000)

La base teórica del modelo socioecológico explica la manera en que ésta se relaciona con la detección de momentos clave para el cambio: ilustran cómo identificar los posibles determinantes para los momentos clave para el cambio, cómo abordarlos y cómo determinar las áreas de concentración para las actividades del programa dentro de las tres estrategias propuestas (promoción y defensa, movilización social y comunitaria y CCC) como parte del marco de CCSYC.

Las teorías del modelo socioecológico que aplican para el presente trabajo, y según se explican en más detalle en las tablas abajo, son las siguientes:

- a) Teoría de movimiento social/ movilización de recursos: porque la comunidad debe organizarse, comprometerse con la acción colectiva y movilizarse, en este caso, para la instalación de casas maternas.
- b) Redes Sociales y Teoría de Apoyo Social: porque a través de las redes de sociedad civil existentes (OSAR Chimaltenango) se va a hacer trabajo de movilización social en el municipio para propiciar la instalación de casas maternas.
- c) Teoría del Empoderamiento: porque a través que la comunidad y líderes comunitarios se apropien del conocimiento, conozcan y medien la Ley para la Maternidad Saludable, se organizarán y crearán alianzas para suscitar el cambio, siendo este cambio la instalación de casas maternas.

A continuación se presentan las tablas donde el modelo socioecológico resume estas teorías:

Tabla No. 3
Teorías del Modelo Socioecológico

MÓDULO DE INTRODUCCIÓN

LA BASE TEÓRICA DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO (SEM)					
Factores Comunes	Nivel SEM del Análisis	Estrategia Socioecológico	Momento Clave Ilustrativo para el Cambio	Teorías/ Modelos/ Enfoques Seleccionados	Ejemplos de Aplicación
Información, Motivación, Capacidad de Actuar y Normas.	Ambiente Nacional Favorable	Promoción y defensa	Voluntad política	Establecimiento de la Agenda y Enmarque	<ul style="list-style-type: none"> Identificar a los líderes, medios de comunicación masiva y personalidades que influyen el pensamiento de las personas con respecto a ciertos asuntos para determinar: <ul style="list-style-type: none"> la agenda de los medios de comunicación (lo que se cubre) la agenda pública (lo que piensan las personas) La agenda política (asuntos de acción reglamentaria o legislativa) Trabajar con líderes, medios de comunicación y personalidades para desarrollar mensajes adecuados (estructuración) que influyan en lo que piensan y cómo piensan las personas
	Qué: Política/ Legislación, Políticos/ Conflicto, Economía, Religión, Tecnología, Medio Ambiente Natural Quién: Líderes Gubernamentales, Comerciales, Religiosos y de Movimientos			Movilización Social	Asignación de recursos Cambio de políticas Desarrollo organizacional/ institucional Consenso/ estrategia nacional
					Redes Sociales y Teoría de Apoyo Social (también se utiliza a nivel comunitario)

MÓDULO DE INTRODUCCIÓN

LA BASE TEÓRICA DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO (SEM)					
Factores Comunes	Nivel del Análisis en el Modelo socioecológico	Estrategia Socioecológico	Momento Clave Ilustrativo para el Cambio	Teorías/ Modelos/ Enfoques Seleccionados	Ejemplos de Aplicación
Información, Motivación, Capacidad de Actuar y Normas.	Local	Promoción y defensa Movilización Social (incl. la Movilización Comunitaria) CCC	Participación del Liderazgo comunitario Eficacia colectiva Participación de la red social Titularidad	Teoría del Empoderamiento	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las prioridades comunitarias y las actividades clave Identificar creencias y prácticas vinculadas al cambio Organizar y construir alianzas para suscitar el cambio Incluir a los participantes en la planificación e implementación de actividades (por ejemplo, utilizar "Acción y Aprendizaje Participativo")
	Qué: Estructuras y redes comunitarias			Modelo Integrado de Comunicación para el Cambio Social	<ul style="list-style-type: none"> Usar el análisis situacional para <ul style="list-style-type: none"> Identificar un catalizador para el cambio (persona, TIC, medio) para iniciar el diálogo comunitario enfocado hacia los problemas y cambio deseado. Identificar y abordar los apoyos o barreras para el diálogo y la acción colectiva Desarrollar planes de acción a través del diálogo y facilitar la implementación de parte de los miembros de la comunidad y organizaciones relevantes Continuar con el diálogo comunitario y acción colectiva para resolver las dificultades externas y apoyarlas con el tiempo
	Quié: Líderes			Economía del comportamiento/ por ejemplo, Teoría de la elección racional	<ul style="list-style-type: none"> Averiguar cómo toman sus decisiones las personas en la vida real basándose tanto en la psicología como en la economía: ¿Se basan las opciones en el pensamiento racional, autocontrol o egoísmo? O ¿En "criterios generales" buscando la satisfacción de forma irracional o "sin pensarlo"? Analizar las estructuras establecidas en el entorno, que afecten la toma de decisiones. ¿Se necesita un cambio de política en lugar de realizar llamado de atención al comportamiento? Estructurar y diseñar opciones razonables para "estimular" y

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA APLICADA

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio es exploratorio porque permite aumentar el grado de familiaridad y contribuye a la forma correcta de abordar el tema en particular, asimismo sienta bases para investigaciones posteriores, usa metodología cualitativa como herramienta principal para obtener información, centrándose en descubrir situaciones. También se usaron algunas técnicas cuantitativas para obtener información sociodemográfica durante los talleres.

Principales herramientas utilizadas:

- a) Entrevistas, reuniones con expertos del proyecto.
- b) Revisión documental y bibliográfica durante la fase del diagnóstico situacional.
- c) Grupos focales, para los talleres con mujeres de San Martín Jilotepeque y con miembros del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR), durante las fases de diagnóstico participativo y elaboración de la estrategia participativa de comunicación.
- d) Técnica de educación popular, para el desarrollo de talleres con mujeres del área rural.

3.2 Muestra

Luego del diagnóstico situacional, se eligió como parte de la muestra para realizar el diagnóstico participativo comunicacional y estrategia participativa de comunicación, a:

- a) Mujeres en edad reproductiva de comunidades rurales de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango (muestra principal).
- b) Líderes miembros del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango (muestra secundaria).

Los problemas prácticos y limitaciones encontrados fue el tiempo de espera para que se convocara a las mujeres del área rural del municipio, ya que se dependía de la logística de una ONG local. Sin embargo, gracias al apoyo de dicha institución, Coordinadora de

Organizaciones Maya Kaqchiquel para el Desarrollo Equitativo y Sostenible (COMKADES), se logró convocar a las mujeres y realizar los talleres en dicha sede. La mayoría de las participantes convocadas asistió a cada uno de los talleres. Durante el último taller varias mujeres preguntaron que cuando se iba a dar otro taller sobre el tema de la salud materna. Quedaron muy entusiasmadas con el tema y con la futura implementación de la estrategia de comunicación.

Fiabilidad de los resultados. Confiabilidad del 100% de los resultados obtenidos, tomando en cuenta que se tomó nota de los datos, opiniones, y discusiones desarrollados en los talleres. Asimismo, hubo preguntas y guías de discusión para desarrollar los grupos focales que facilitaron la obtención de la información.

El diagnóstico comunicacional se realizó en el municipio de San Martín Jilotepeque, en el transcurso de quince días, de finales de septiembre a mediados de octubre del 2011, según calendarización que se muestra en la tabla 3:

Tabla No. 4 Calendarización de Talleres		
Tipo de Taller	Taller dirigido a	Fecha / Lugar
Diagnóstico de Comunicación. Elaboración Participativa de Estrategia de Comunicación.	Mujeres del área rural de San Martin Jilotepeque, Chimaltenango	30 de septiembre 2011, por la mañana, sede COMKADES, San Martin Jilotepeque, Chimaltenango. 30 de septiembre 2011, por la tarde, sede COMKADES, San Martin Jilotepeque, Chimaltenango.
Diagnóstico de Comunicación	Líderes del Observatorio por la Salud Reproductiva.	5 de octubre 2011, Chimaltenango, Km. 55.5 salón ubicado a un costado del Organismo Judicial.
Validación de los materiales de la Estrategia de Comunicación.	Mujeres del área rural de San Martin Jilotepeque, Chimaltenango	11 de octubre 2011, por la mañana, sede COMKADES, San Martin Jilotepeque, Chimaltenango.

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

3.3 Fases del estudio

El presente estudio se desarrolló en tres fases:

1. Diagnóstico situacional
2. Diagnóstico participativo de comunicación
3. Elaboración de estrategia participativa de comunicación

3.3.1 Diagnóstico Situacional

La primera etapa desarrollada fue el diagnóstico situacional, con el fin de conocer sobre el tema de la salud materna y neonatal en Guatemala y sobre lo normado en la nueva Ley para la Maternidad Saludable. En esta etapa se recabó información a través de: a) revisión bibliográfica y de documentos técnicos e institucionales, b) reuniones con la directora y con la encargada de monitoreo del proyecto de Políticas en Salud (HPP) –Health Policy Project por sus siglas en inglés - para conocer más a profundidad la necesidad del presente estudio en el contexto de las actividades que implementa el proyecto, c) revisión de estadísticas oficiales y otros documentos del Ministerio de Salud, a través del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) para obtener datos de muertes maternas en el departamento de Chimaltenango, y documentos elaborados por el Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango (OSAR).

Como parte del diagnóstico situacional, se escogió el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango para realizar el estudio, por tres razones: 1) Chimaltenango es uno de los departamentos con más altos índices de mortalidad materna a nivel del país, donde la mayoría de la población vive en el área rural y es indígena, 2) existen grupos organizados de líderes indígenas que trabajan en abogacía por los derechos de salud reproductiva, y que pueden ser actores clave en el trabajo de divulgar la Ley de Maternidad Saludable así como activar mecanismos para que se establezcan casas maternas culturalmente adaptadas, 3) San Martín Jilotepeque es el municipio del departamento de Chimaltenango con el porcentaje más bajo de partos atendidos por personal médico (2.9% para 2008 y 2009 según datos oficiales) lo que significa que es el municipio de Chimaltenango con el porcentaje más alto de

partos atendidos en casa y con riesgo mayor de muertes maternas. Para referencia, ver tabla No. 5.

Asimismo, el INE estima que el municipio de San Martín Jilotepeque cuenta con 22,228 mujeres en edad fértil entre los 10 a 54 años de edad. Datos de referencia incluidos también en la tabla No. 5.

TABLA No. 5
Indicadores de Salud Materna, Departamento de Chimaltenango, 2008 y 2009

Nombre Municipio INE	Mujeres en Edad Fértil de 10 a 54 años	No. de partos atendidos x personal médico 2008	% de partos atendidos x personal médico 2008	No. de partos atendidos x personal médico 2009	% de partos atendidos x personal médico 2009
SAN MARTIN JILOTEPEQUE	22228	19	2.92%	19	2.9%
SAN MIGUEL POCHUTA	3213	51	4.49%	51	4.5%
SANTA CRUZ BALANYA	2308	124	5.31%	124	5.3%
SAN PEDRO YEPOCAPA	8445	29	8.24%	29	8.2%
PATZUN	15299	70	8.96%	70	9.0%
SAN ANDRES ITZAPA	8825	154	13.79%	154	13.8%
TECPAN GUATEMALA	23584	176	19.71%	176	19.7%
SAN JOSE POAQUIL	7211	49	22.79%	49	22.8%
SANTA APOLONIA	4567	49	23.56%	49	23.6%
ACATENANGO	6468	199	35.92%	199	35.9%
SAN JUAN COMALAPA	12638	386	55.62%	386	55.6%
PATZICIA	9404	173	58.05%	173	58.1%
ZARAGOZA	6974	392	71.27%	392	71.3%
CHIMALTENANGO	31921	897	76.54%	897	76.5%
PARRAMOS	4128	223	86.77%	223	86.8%
EL TEJAR	6263	40	95.24%	40	95.2%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), información 2008 y 2009.

Obtenido a través de la Plataforma Integrada del Sistema de Información (PISI), Proy. USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.

Otro factor que incidió en escoger el departamento de Chimaltenango es el acceso al municipio, tomando en cuenta la época de lluvia y la distancia de la ciudad de Guatemala, considerando que son varios los departamentos del altiplano del país que presentan altos índices de mortalidad materna. Asimismo, el proyecto de Políticas en Salud está trabajando

activamente con el grupo de redes de mujeres indígenas y redes de hombres que abogan por los derechos de salud reproductiva, en dicho departamento.

El departamento de Chimaltenango ocupó el noveno lugar de casos de mortalidad materna del país en el 2010 y ocupa el tercer lugar en lo que va del trimestre enero a marzo de 2011, según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Ver tablas 6 y 7:

Tabla No. 6



Casos de Mortalidad Materna Por Departamento Año 2010		
No.	Departamento	Total casos
1	Huehuetenango	88
2	Alta Verapaz	47
3	San Marcos	44
4	Quiché	26
5	Petén	23
6	Guatemala	19
7	Totonicapán	15
8	Sololá	13
9	Chimaltenango	12
10	Chiquimula	12
11	Escuintla	11
12	Quetzaltenango	9
13	Zacapa	4
14	Baja Verapaz	3
15	Santa Rosa	3
16	Suchitepéquez	3
17	Izabal	2
18	El Progreso	1
19	Jalapa	1
20	Jutiapa	1
21	Retalhuleu	1
22	Sacatepéquez	0
	Total	338

Fuente: SIGSA 2 Defunciones del Modulo SV2, SIGSAWEB y Formulario ViceMinisterio Hospitales (Metropolitanos).

Fuente primaria RENAP. Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud.

Tabla No. 7



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Sistema de Información Gerencial en Salud - SIGSA



Casos de Mortalidad Materna Por Departamento Año 2011 Meses en reporte: Enero a Marzo		
No.	Departamento	Total casos
1	HUEHUETENANGO	15
2	QUICHE	7
3	CHIMALTENANGO	5
4	JUTIAPA	5
5	IZABAL	4
6	ALTA VERAPAZ	3
7	BAJA VERAPAZ	2
8	EL PETEN	2
9	SAN MARCOS	2
10	CHIQUMULA	1
11	ESCUINTLA	1
12	GUATEMALA	1
13	QUETZALTENANGO	1
14	SOLOLA	1
	Total	50

Fuente: SIGSA 2 Defunciones del Modulo SV2, SIGSAWEB y Formulario ViceMinisterio Hospitales (Metropolitanos). Fuente primaria RENAP. Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud.

3.3.2 Diagnóstico participativo de comunicación

La segunda etapa fue el desarrollo del diagnóstico participativo de comunicación, en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Para el efecto se sostuvo un taller con mujeres del área rural de dicho municipio y un taller con miembros del Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango (OSAR). En los anexos 2 y 3 se presentan las guías metodológicas, fotografías, listado de participantes, e invitación respectiva, para cada uno de los grupos participante (*Anexos 2 y 3*).

Para los talleres con mujeres del área rural, se contó con el apoyo de una organización no gubernamental ubicada en San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, esta es la Coordinadora de Organizaciones Maya Kaqchiquel para el Desarrollo Equitativo y Sostenible (COMKADES),

quienes apoyaron a convocar por la vía telefónica a mujeres del área rural del municipio, y prestaron su sede para el desarrollo de los distintos talleres.

Para concertar los talleres con los líderes del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, se contó con el apoyo del Proyecto HPP como enlace y se aprovechó la reunión mensual del OSAR durante el mes de octubre para que se cediera espacio de tiempo al estudiante de PPS. La reunión se llevó a cabo en Chimaltenango, en un salón a la par del Organismo Judicial km. 55.5 Carretera Interamericana.

La técnica cualitativa principal utilizada en los talleres del diagnóstico participativo de comunicación, para ambos grupos, fue el grupo focal o focus group. Los temas desarrollados fueron:

- 1) Taller 1, diagnóstico comunicacional. Grupos Focales con mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango:
 - a) Árbol de problemas.
 - b) Mapa de vínculos (identificar donde fluye la comunicación en la comunidad, puntos que la institución puede usar para dar a conocer el mensaje).
 - c) Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).
- 2) Taller 1, diagnóstico comunicacional. Grupos Focales con miembros del Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango (OSAR)
 - a) Árbol de problemas.
 - b) Mapa de vínculos (identificar donde fluye la comunicación en la comunidad, puntos que la institución puede usar para dar a conocer el mensaje).
 - c) Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).

3.3.3 Elaboración de estrategia participativa de comunicación

En las dos fases anteriores de diagnóstico situacional y diagnóstico participativo de comunicación, se detectó que el problema comunicacional era la falta de conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de

Guatemala) entre las mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y como consecuencia de dicho desconocimiento, la comunidad no ha demandado ni abogado por la instalación de casas maternas culturalmente adaptadas cercanas a los servicios de salud, como una de las estrategias para reducir el retraso en la movilización de las madres embarazadas del área rural, al momento del parto, hacia un servicio de salud.

Por lo tanto, la tercera fase del estudio incluyó la elaboración de la estrategia participativa de comunicación, empezando con la elaboración de objetivos, elaboración de mensajes clave, preparación de la estrategia y materiales por parte del estudiante de PPS, y finalmente validación de la estrategia y materiales producidos con el grupo de mujeres. En el anexo 2 se presenta la guía metodológica, fotografías, listado de participantes del taller de validación, y en el anexo 4 se presentan las piezas comunicacionales propuestas y validadas.

Para el taller con los líderes del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, se contó con el apoyo del Proyecto HPP para hacer el enlace y aprovechar la reunión mensual del OSAR durante el mes de octubre para que se cediera espacio de tiempo al estudiante de PPS y realizara los talleres. La reunión se realizó en Chimaltenango, en un salón a la par del Organismo Judicial km. 55.5 Carretera Interamericana.

La técnica cualitativa utilizada en los talleres de elaboración de estrategia participativa de comunicación fue el grupo focal o focus group. Temas desarrollados:

- 1) Taller 2, elaboración de estrategia participativa de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. Grupo de mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango:
 - a) Matriz de objetivos: públicos y mensajes – productos.
 - b) Matriz para definición de actividades y fechas importantes.
- 2) Taller 3, validación de la estrategia participativa de comunicación. Grupos de mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango:
 - a) Recapitular lo realizado en los dos talleres anteriores (conclusiones, acuerdos).

- b) Presentación de los materiales elaborados: audio (spots de radio) e impresos (bifoliar, afiche).
 - c) Grupos de trabajo. Lluvia de ideas para comentar y validar los materiales.
 - d) Uso y llenado de instrumentos para validar material y uso de papelógrafo.
 - e) Presentaciones de grupos: ideas, comentarios.
- 3) Taller 2, elaboración de estrategia participativa de comunicación. Grupo de miembros del Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango (OSAR)
- a) Matriz de objetivos: públicos y mensajes – productos.

3.4 Objetivos

3.4.1 General:

Elaborar un diagnóstico comunicacional y una estrategia de comunicación participativa para difundir la Ley para la Maternidad Saludable, entre las mujeres y comunidad del área rural del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, con el fin de informar y dar a conocer las acciones que se pueden realizar para mejorar la salud materna y del recién nacido y así contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal del municipio.

3.4.2 Específicos:

- a) Identificar los problemas de comunicación para difundir y conocer la nueva Ley para la Maternidad Saludable, entre las mujeres y comunidad del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.
- b) Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para difundir la Ley para la Maternidad Saludable y demandar la instalación de casas maternas culturalmente adaptadas y cercanas a los servicios de salud, en cumplimiento a lo establecido en el artículo No. 13 de dicha ley como una estrategia para reducir el retraso en la movilización de las madres embarazadas del área rural, al momento del parto, hacia un servicio de salud.

3.5 Muestra del estudio

La muestra está conformada por los siguientes grupos, por ser clave para recabar la información y ser actores de la estrategia participativa de comunicación:

- a) Muestra principal: Mujeres en edad reproductiva de comunidades del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Las mujeres fueron convocadas con el apoyo de la ONG COMKADES.
- b) Muestra secundaria: Miembros del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango – como líderes comunitarios que abogan por los derechos de salud reproductiva de la mujer en dicho departamento.

3.6 Información a Recolectar

Con el apoyo de los grupos participantes, la información recolectada durante el estudio fue la siguiente:

- a) Mujeres en edad reproductiva o en período de embarazo – de comunidades rurales de San Martín Jilotepeque.
 - 1) Edad, lugar de residencia, nivel escolaridad, ocupación, idiomas que habla-escribe.
 - 2) Conocimiento de casos de muertes maternas de familiares, conocidas, vecinas de su comunidad, durante el año.
 - 3) Según opinión de las mujeres, factores que determinan la mortalidad materna (modelo de las tres demoras para el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento): a) demora en la decisión de acudir a un servicio, b) retraso en la movilización hacia un servicio de salud, y c) retraso en recibir la atención apropiada.
 - 4) Conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, en especial el artículo 13 relacionado a establecer casas maternas culturalmente adaptadas.
 - 5) Barreras comunicacionales para difundir la Ley para la Maternidad Saludable en comunidades del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

- b) Miembros del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango.
 - 1) Edad, género, ocupación, institución que representan.
 - 2) Conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, en especial el artículo 13 relacionado a establecer casas maternas culturalmente adaptadas.
 - 3) Barreras comunicacionales para difundir la Ley para la Maternidad Saludable en comunidades del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

3.7 Técnicas de Recolección de datos

Durante la fase de diagnóstico situacional para conocer del tema de la salud y mortalidad materna en Guatemala, se usaron las siguientes técnicas de recolección de datos:

- a) revisión bibliográfica y de documentos técnicos e institucionales, anexo 5.
- b) reuniones con expertos (directora y encargada de monitoreo del proyecto de Políticas en Salud (HPP) –Health Policy Project por sus siglas en inglés),
- c) revisión de estadísticas oficiales y documentos del Ministerio de Salud, a través del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA),
- d) revisión de documentos, afiches y boletines elaborados por el Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango (OSAR) y Alianza de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva (ALIANMISAR).

Para la fase del diagnóstico participativo de comunicación y elaboración de estrategia participativa de comunicación, se utilizó principalmente las siguientes técnicas:

- a) Grupos focales o Focus Groups.
- b) Educación popular para adultos

CAPÍTULO 4 DIAGNÓSTICO COMUNICACIONAL

4.1 Resumen Ejecutivo

El presente diagnóstico participativo de comunicación fue realizado en el municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, por las razones ya expuestas en el diagnóstico situacional. Siendo este municipio el tercero de Chimaltenango con el número mayor de mujeres en edad fértil de 10 a 54 años y con el porcentaje más bajo de partos atendidos por personal médico, es el municipio más vulnerable y con más riesgo de mortalidad materna y neonatal.

Los temas que se abordaron a lo largo del diagnóstico incluye, entre otros: mortalidad materna y del recién nacido en el municipio, factores que determinan la mortalidad materna según el “modelo de las tres demoras para el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento (a) demora en la decisión de acudir a un servicio, b) retraso en la movilización hacia un servicio de salud, y c) retraso en recibir la atención apropiada), conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, y los problemas de comunicación para difundir la Ley para la Maternidad Saludable entre las mujeres y comunidad en general del municipio.

El propósito del diagnóstico era contar con los elementos necesarios para elaborar una estrategia de comunicación participativa, que se enfocara en difundir de manera adecuada la Ley para la Maternidad Saludable entre las mujeres y comunidad del área rural del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, con el fin de que se informen y conozcan las acciones que la comunidad puede realizar para mejorar la salud materna y del recién nacido y así contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal del municipio. Una de esas acciones puede ser el demandar o abogar por la instalación de casas maternas culturalmente adaptadas y cercanas a los servicios de salud, en cumplimiento a lo establecido en el artículo No. 13 de dicha ley, como una estrategia para reducir el retraso en la movilización hacia un servicio de salud al momento del parto o riesgo en el embarazo o postparto.

El diagnóstico permitió identificar los principales problemas de comunicación para difundir dicha ley, así como las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para su difusión.

En conclusión el problema comunicacional detectado es la falta de conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala, entre las mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Por ende, este desconocimiento conlleva a la falta de acciones y demanda por parte de la comunidad para que se mejore la salud del municipio, siendo una de esas acciones la instalación de casas maternas culturalmente adaptadas cercanas a los servicios de salud, como estrategia para reducir el retraso en la movilización de las madres hacia un servicio de salud y poder reducir el riesgo de mortalidad materna y-o neonatal.

4.2 Introducción

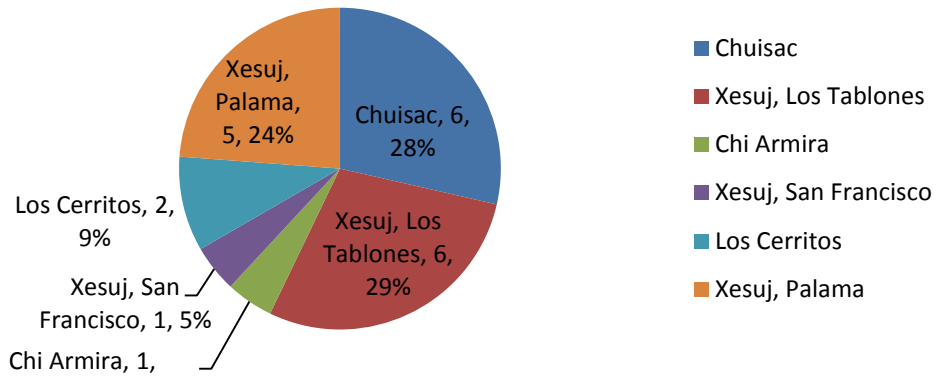
El estudio se desarrolló en el contexto del tema de la salud, específicamente la salud materna y neonatal, del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, por las razones expuestas en el diagnóstico situacional.

El propósito del estudio, a través de este diagnóstico, era contar con los elementos necesarios para elaborar una estrategia de comunicación participativa, que se enfocara en difundir de manera adecuada la Ley para la Maternidad Saludable entre las mujeres y comunidad del área rural del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, con el fin de que se informen y conozcan las acciones que la comunidad puede realizar para mejorar la salud materna y del recién nacido y así contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal del municipio.

4.3 Presentación de los resultados

4.3.1 Información recolectada durante el diagnóstico, para el grupo de mujeres en edad reproductiva de comunidades rurales de San Martín Jilotepeque:

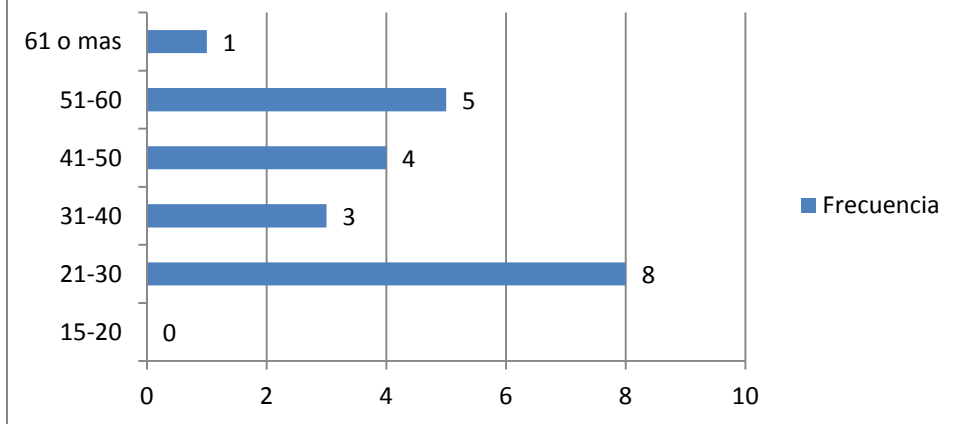
Figura No. 1
Lugar de Vivienda de las Mujeres,
Aldeas de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango



Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

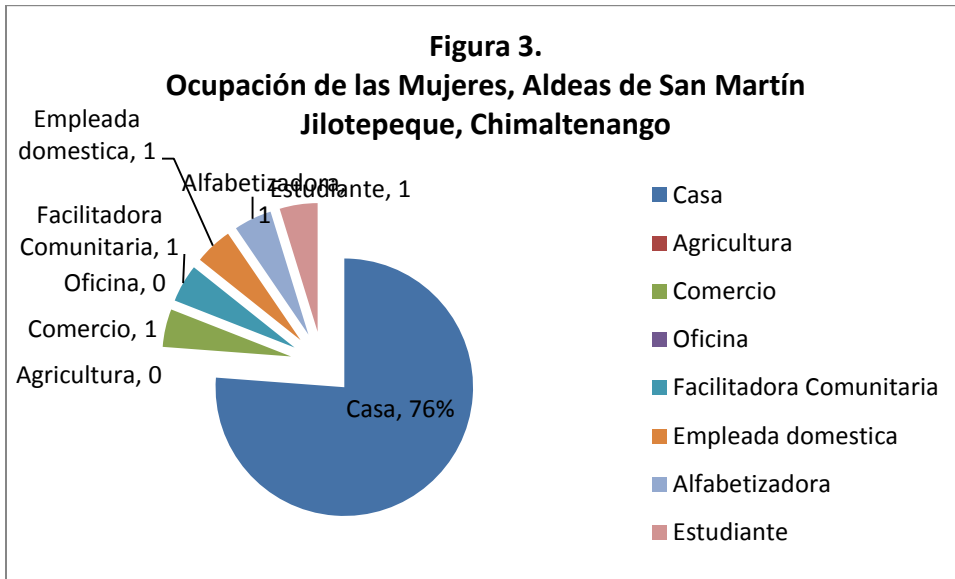
El 29% de las mujeres participantes en el taller provenían de la Aldea Xesuj, Los Tablones; el 28% de Chuisac y el 24% de Xesuj, Palama.

Figura 2.
Edad de las Mujeres, Aldeas de San Martín Jilotepeque,
Chimaltenango



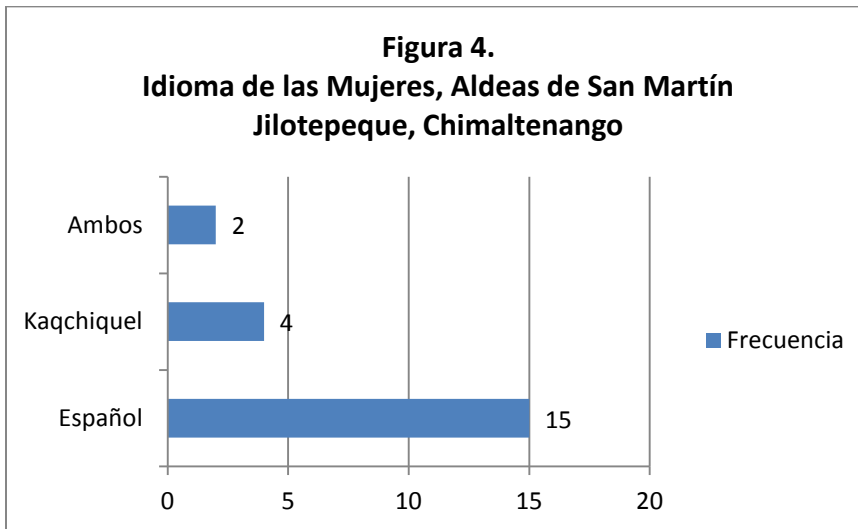
Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

De 21 mujeres participantes en el taller, casi una tercera parte (8 mujeres en total) están comprendidas en el rango de edad de los 21 a los 30 años, seguidas por el grupo de 51-60 años y luego las de 41-50 años.



Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

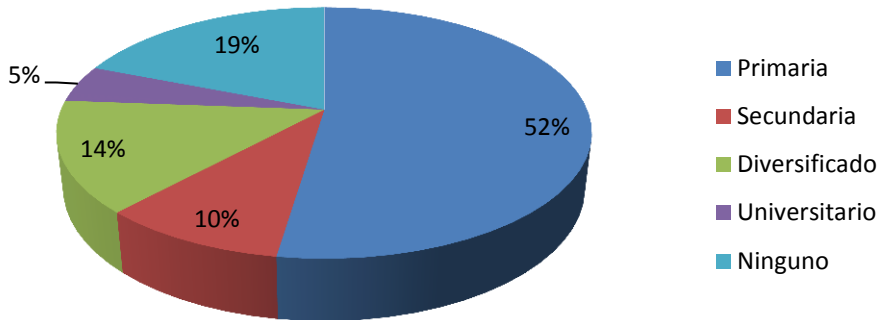
El 76% de mujeres que participaron en el taller, son trabajadoras domésticas en sus hogares. El porcentaje restante se ocupa a otros oficios tales como comercio, oficina, facilitadora comunitaria, empleada doméstica, alfabetizadora y estudiante.



Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

De 21 mujeres participantes, 15 hablan el idioma español únicamente, 4 de 21 mujeres hablan sólo kaqchiquel, y 2 personas hablan ambos idiomas.

Figura 5.
Escolaridad de las Mujeres, Aldeas de San Martín
Jilotepeque, Chimaltenango



Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

En el tema de escolaridad, el 52% de mujeres tiene un nivel primario de educación, seguido por el 19% de mujeres sin ningún grado de escolaridad. El 14% de las participantes tiene nivel diversificado y un 10% nivel de secundaria. Una persona que representa el 5% cuenta con nivel universitario.

En los grupos focales desarrollados, se evidenció:

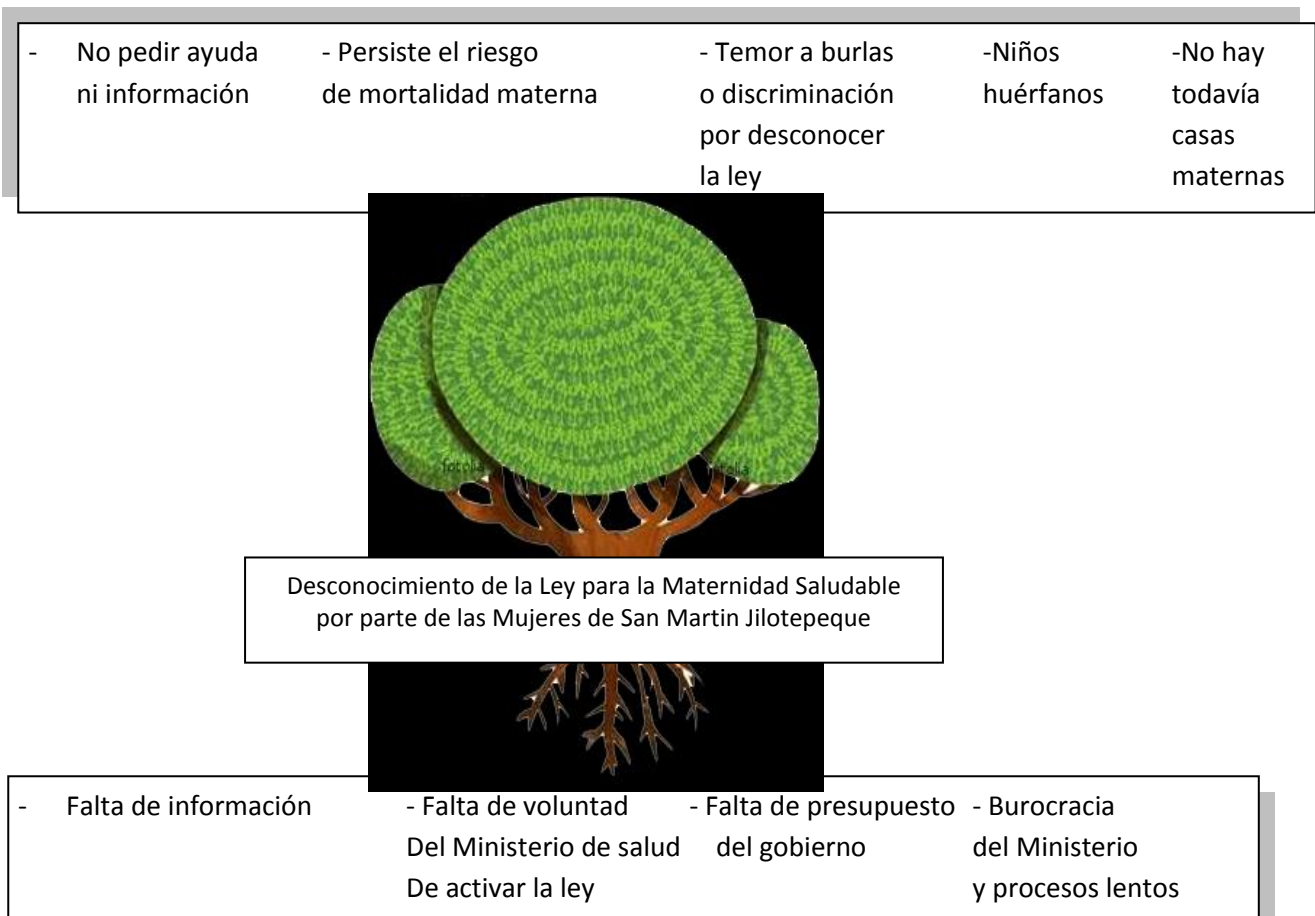
1. Conocimiento de casos de muertes maternas de familiares, conocidas, vecinas de su comunidad, durante el año: *el 100% de las mujeres manifestaron tener familiares, vecinos o conocidos que han muerto por problemas relacionados al embarazo o parto.*
2. Factores que determinan la mortalidad materna según modelo de las tres demoras para el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento: a) demora en la decisión de acudir a un servicio, b) retraso en la movilización hacia un servicio de salud, y c) retraso en recibir la atención apropiada: *las mujeres en su mayoría (80%) manifestaron que la mortalidad materna se da por retraso en movilizarse hacia un servicio de salud, mientras que un 20% indicó que es por retraso en recibir la atención apropiada por parte del servicio de salud.*

3. Conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, en especial el artículo 13 relacionado a establecer casas maternas culturalmente adaptadas: *de las mujeres participantes, ninguna conocía la existencia de la Ley para la Maternidad Saludable, por lo tanto, el 100% de mujeres desconocía dicha ley antes del taller.*
4. Barreras comunicacionales para difundir la Ley para la Maternidad Saludable en comunidades del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. A continuación se presenta el árbol de problemas, mapa de vínculos, FODA y matriz de objetivos con públicos y mensajes clave desarrollados en los talleres.

a. **ÁRBOL DE PROBLEMAS, TALLER CON MUJERES DEL ÁREA RURAL**

Gráfica No. 3

Árbol de Problemas, Taller con Mujeres del Área Rural de San Martín Jilotepeque

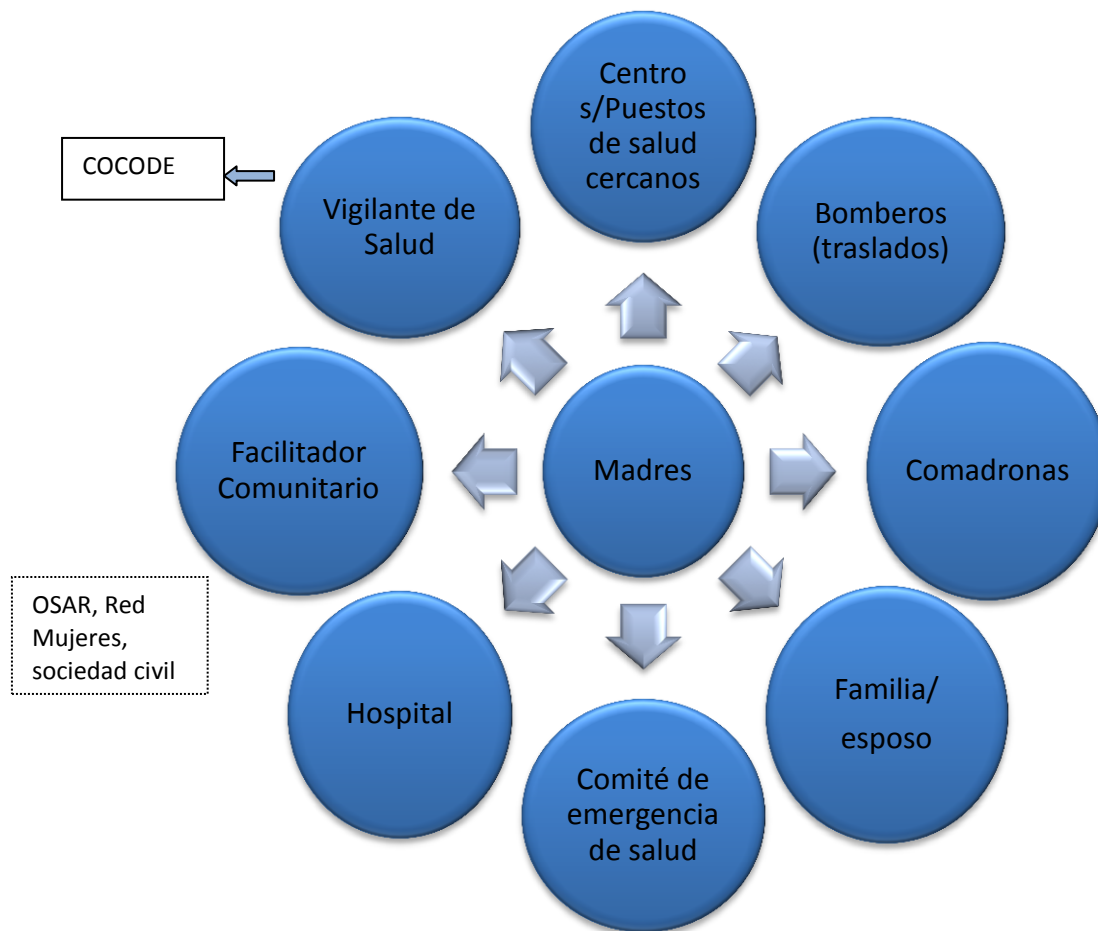


Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

- b. MAPA DE VÍNCULOS (identificar donde fluye la comunicación en la comunidad, puntos que la institución puede usar para dar a conocer el mensaje).

Gráfica No. 4

Mapa de Vínculos, Taller con Mujeres del Área Rural de San Martín Jilotepeque



Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

c. FODA

Tabla No. 8 FODA en la Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable Taller con Mujeres del Área Rural de San Martín Jilotepeque	
FORTALEZAS <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento por parte de las mujeres de la ley para la Maternidad Saludable, luego del taller desarrollado. 2. Espíritu de trabajar por la comunidad y organizarse con las autoridades locales. 3. Generar opinión pública positiva. 4. Participación activa de la mujer y de la comunidad, a través de ONGs que estimulan la participación, por ejemplo la ONG COMKADES. 5. Mujeres conocedoras de la ley replican la información a otras mujeres. 	OPORTUNIDADES <ol style="list-style-type: none"> 1. Existen medios de comunicación masivos comunitarios, como la radio. 2. Existen proyectos de salud que promueven la salud del municipio, por ejemplo Share.
DEBILIDADES <ol style="list-style-type: none"> 1. Desconocimiento de la ley por parte de la comunidad, y se asume que también por autoridades locales. 2. Falta de voluntad de los actores involucrados en gestionar casas maternas para la comunidad, por el desconocimiento de la ley. 	AMENAZAS <ol style="list-style-type: none"> 1. Presupuesto municipal insuficiente para convocar a reuniones o inversión social. 2. Amenaza de cerrar los centros comunitarios por falta de presupuesto.

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

d. MATRIZ DE OBJETIVOS: públicos y mensajes – Productos

Tabla No. 9 Matriz de Objetivos, Públicos y Mensajes Taller con Mujeres del Área Rural de San Martín Jilotepeque							
Objetivo: Difundir la ley sobre la Maternidad Saludable en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango para que provoque la organización de la comunidad y se abogue por mecanismos que ayuden a reducir la mortalidad materna y neonatal del municipio, como instalación de casas maternas.							
Mensaje central	Público objetivo	Materiales	¿Cómo se utilizarán?	¿Quién y dónde se producirán?	¿Cómo se hará el testeó?	Distribución (medios, frecuencia, foros)	¿Cómo se medirá su alcance?
Importancia de conocer la ley. Organizarse para gestionar casa materna	Mujeres y hombres (parejas) del municipio de SMJ	✓ Reuniones comunitarias, charlas, talleres. ✓ Bifoliares, afiches ✓ Spot de radio	✓ Con COCODEs, COMUDES. ✓ Maestros, servicios de salud. ✓ En radios locales.	Estudiante de comunicación	Con las mujeres del área rural, en talleres.	✓ Reuniones organizadas. ✓ Centros y Puestos de salud, centros convergencia, escuelas, iglesias, molinos, municipalidades. ✓ Mensaje de radio	✓ Sondeo con COCODEs y COMUDES, líderes de la comunidad. ✓ Frecuencia y cantidad de radios en la que se transmite la cuña.

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

A continuación, la tabla 10 resume las preferencias de las mujeres por los medios de comunicación masiva y alternos, que consideraron como medios idóneos para recibir información:

Tabla No. 10 Preferencias de Medios de Comunicación Masiva y Medios de Comunicación Alternos Resultado del Taller No. 2 para Elaboración de Estrategia Participativa de Comunicación con Mujeres del Area Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Octubre de 2011							
Horario	Radio Frecuencia/ Programas	Medios Impreso (afiches, trifoliales)	Television/ Canales	Medios Alternos (Reuniones o Talleres)	Alcaldia Auxiliar	Iglesia Católica	Otros
06:00 08:00	Radio Católica (es la preferida y más escuchada por las mujeres).	Afiches Trifoliales	Casi no ven televisión porque siempre están ocupadas.	Reuniones comunitarias Charlas, talleres.	Información en reuniones con el Alcalde Auxiliar.	Radio Católica. Linea católica	Folletos, trifoliales, afiches son importantes para recordar información que se da en reuniones.
08:00 10:00							
10:00 12:00	Programas católicos que se sintonizan toda la mañana.						
12:00 14:00							
14:00 16:00	FM Joya 93.3						
16:00 18:00	Exitos						
18:00 20:00	90.9 FM						
20:00 22:00	FM Globo 98.9 Stereo Vision						
Resumen Preferencia de Medios:							
✓ Primer lugar:				Reuniones comunitarias, charlas, talleres.			
✓ Segundo lugar:				Folletos, trifoliales, afiches porque son importantes para recordar la información que se da en reuniones.			
✓ Tercer lugar:				Spot de radio para 1) que se enteren las personas que no asisten a reuniones y/o 2) que se recuerde lo dicho en reuniones, 3) convocar a reuniones.			

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

1.3.2 Información recolectada durante el diagnóstico, para el grupo de miembros del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango:

1. Institución que representan los líderes del OSAR:

Tabla No. 11	
Instituciones que Representan los Líderes del OSAR Chimaltenango, Taller realizado en octubre 2011	
Institución que Representan	Número de Representantes
Ixnoj	1
Asecsa	1
Fesirgua	4
Go Joven	1
Asoc. Medicos Chi	1
CICAM	2
Impact First Internat	1
Total	11

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

2. Conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, en especial el artículo 13 relacionado a establecer casas maternas culturalmente adaptadas: *Durante el taller, se evidenció que algunos de los miembros del OSAR desconocían en detalle los artículos de la Ley para la Maternidad Saludable. Varios no conocían lo relacionado al artículo 13 de la instalación de casas maternas. El estudiante de PPS proporcionó una copia de la ley a los miembros de dicha instancia que participaron en el taller.*
3. Barreras comunicacionales para difundir la Ley para la Maternidad Saludable en comunidades del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. A continuación se presenta el árbol de problemas, mapa de vínculos, FODA y matriz de objetivos con públicos y mensajes clave.

a. ÁRBOL DE PROBLEMAS

Gráfica No. 5

Árbol de Problemas, Taller con Líderes del OSAR Chimaltenango

Mujeres no tienen acceso a servicios adecuados.
Desconocimiento de sus derechos.
Deterioro de los servicios, no hay cambios en la salud.
Desconfianza a los servicios de salud y autoridades locales.
Sentimiento de miedo y-o vergüenza por parte de las mujeres, al desconocer sus derechos.
No hay calidad ni pertinencia cultural de los servicios de salud.
Persisten las muertes maternas y neonatales.
No hay apropiación, participación ni movilización comunitaria a favor de la salud materna.



Falta de mediación y difusión de la Ley para la Maternidad Saludable en el departamento de Chimaltenango

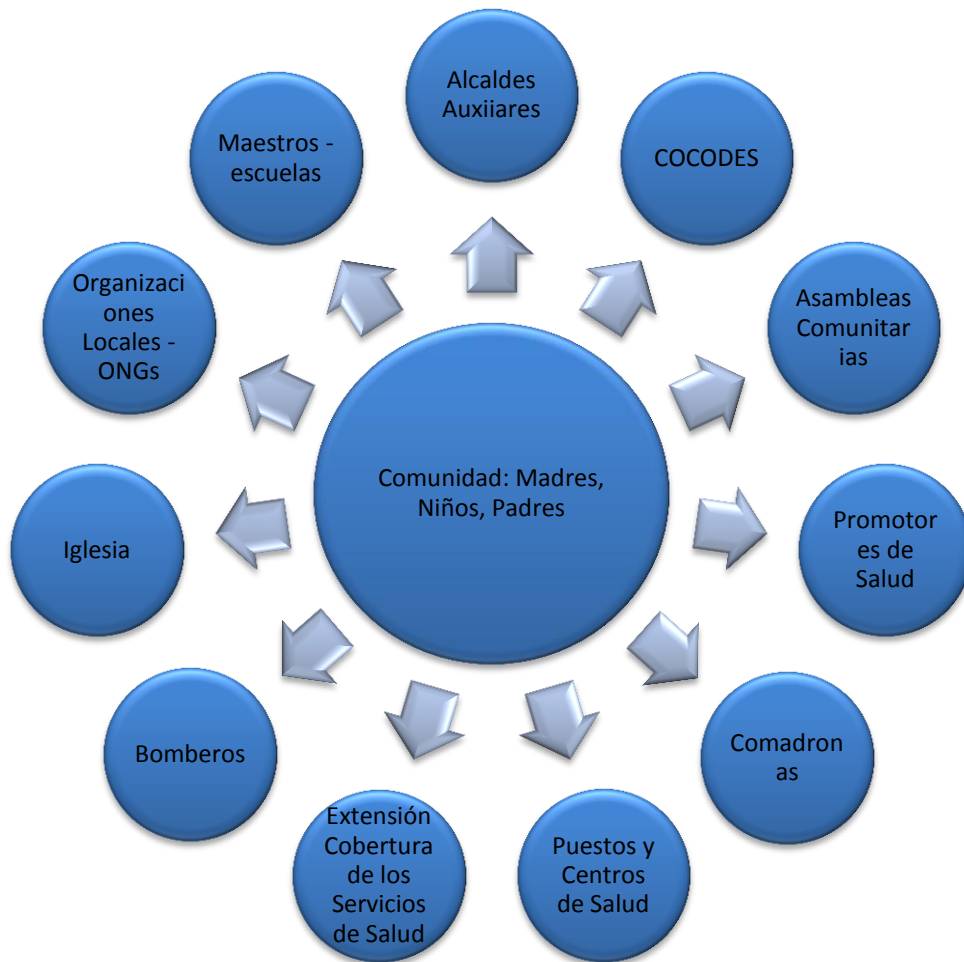
Desconocimiento de cómo comunicarnos correctamente.
Falta de presupuesto, recursos financieros, para divulgar la ley.
Falta de apoyo de autoridades locales.
Desconocimiento de la ley por los operadores de salud.
Falta de presupuesto para la promoción de la salud.
Falta de adaptar la ley a un lenguaje comunitario.
Falta de interés de los actores involucrados.
Falta de consenso en los planes de salud. Descoordinación institucional.
Reglamento de la Ley para la Maternidad Segura, pendiente de aprobarse.
Poca claridad sobre quién financiará las casas maternas. Falta definir responsables.

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

- b. MAPA DE VÍNCULOS (identificar donde fluye la comunicación en la comunidad, puntos que la institución puede usar para dar a conocer el mensaje).

Gráfica No. 6

Mapa de Vínculos, Taller con Líderes del OSAR Chimaltenango



Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

c. FODA

Tabla No. 12 FODA en la Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable Taller con Líderes del OSAR Chimaltenango	
FODA en la Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable	
FORTALEZAS (F) <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe una red de líderes indígenas e instancia de la sociedad civil que aboga por la salud reproductiva del departamento (OSAR, Redmisar). 2. Existen instancias de sociedad civil, ONGs y organismos internacionales que trabajan el tema de la salud materna. 	OPORTUNIDADES (O) <ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura de la comunidad hacia mejorar la salud y percibir mensaje para mejorar la salud materna y neonatal. 2. Necesidad de ideas y estrategias de comunicación que apoyen al Observatorio por la Salud Reproductiva y-o Redes de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, a impulsar el tema de establecimiento de Casas Maternas. 3. Necesidad de monitorear e implementar sistemas de vigilancia de la mortalidad materna en dicho departamento.
DEBILIDADES (D) <ol style="list-style-type: none"> 1. Descoordinación entre las diferentes instancias de sociedad civil, ONGs y organismos de cooperación para trabajar una agenda conjunta por la salud materna del departamento. 2. Desconocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable a nivel comunitario. Inclusive, a nivel de operadores de salud y líderes que abogan por la salud reproductiva. 	AMENAZAS (A) <ol style="list-style-type: none"> 1. Huelga del sector público de salud. 2. Falta de presupuesto de la salud. Desfinanciamiento. 3. Mal clima que pueda provocar deslaves y por ende demore la movilización de mujeres con riesgos obstétricos hacia los servicios de salud.

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

d. MATRIZ DE OBJETIVOS: públicos y mensajes – Productos

Objetivo: Mediar y difundir la ley sobre la Maternidad Saludable en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango para que provoque la organización de la comunidad y se abogue por mecanismos que ayuden a reducir la mortalidad materna y neonatal del municipio.

Mensajes:

- a) El responsable institucional para instalación de casas maternas es el Ministerio de Salud.
- b) El fortalecimiento de la gente en el tema de derechos de salud reproductiva es con las autoridades locales.

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO

5.1 Introducción

El problema comunicacional detectado como resultado del diagnóstico fue la falta de conocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala, entre las mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y asimismo por parte de algunos de los miembros del Observatorio por la Salud Reproductiva de Chimaltenango.

El desconocimiento y ausencia de mediación de la ley dio como resultado la falta de acciones por parte de la comunidad y/o líderes locales para demandar su cumplimiento o bien gestionar estrategias que mejoren la salud materna. Asimismo, el desconocimiento de la ley y profundizar en todos los artículos de la misma, conlleva a que los mismos miembros que trabajan por los derechos de la salud reproductiva del departamento (OSAR) no hayan priorizado a la fecha temas importantes, tales como impulsar la instalación de casas maternas.

Un artículo muy importante de la ley, y en el cual se hace énfasis en el presente trabajo, es el artículo No. 13 sobre instalación de casas maternas culturalmente adaptadas cercanas a los servicios de salud, como estrategia para reducir el retraso en la movilización de las madres embarazadas del área rural, al momento del parto, hacia un servicio de salud. Esta estrategia de casas maternas ha sido implementada en países como Perú, con condiciones similares a Guatemala tanto en infraestructura como en porcentajes de mortalidad materna, tipo de población rural e indígena y ambiente multi y pluricultural, dando excelentes resultados para usar los servicios de salud institucionales al momento del parto como para reducir el riesgo de mortalidad materna.

Por lo tanto, la estrategia de comunicación para el desarrollo que se plantea a continuación, tiene la finalidad de contribuir a difundir la ley, a mediar por el tema de la salud reproductiva y

a motivar a la comunidad y líderes locales a que se organicen y gestionen la instalación de una o varias casas maternas para las mujeres de San Martín Jilotepeque. Al gestionar sus propios proyectos y velar por la salud de las mujeres y recién nacidos de la comunidad, se provoca cambio y desarrollo social.

5.2 Justificación de la Estrategia

La presente propuesta de estrategia de comunicación para el desarrollo, responde a las necesidades de la comunidad identificadas en el transcurso del diagnóstico situacional y diagnóstico participativo de comunicación.

Como resultado de los talleres realizados con las madres de diferentes comunidades rurales, se identificó la necesidad de divulgar la Ley para la Maternidad Saludable, con la finalidad de provocar que la comunidad, líderes comunitarios y autoridades locales se organicen y pueden lograr que se instalen casas maternas para beneficio de la salud de las mujeres y recién nacidos de San Martín Jilotepeque.

Por lo tanto, la propuesta responde al intercambio comunicacional y propuestas de desarrollo de la misma comunidad.

5.3 Objetivos (General y Específicos de la Estrategia)

5.3.1 General:

Difundir la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala, entre las mujeres en edad reproductiva y comunidad en general del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango con el fin que se conozcan los derechos a la salud materna y del recién nacido y se motive a la comunidad a demandar estrategias y acciones de la misma ley en beneficio de la salud de la comunidad.

5.3.2 Específicos:

- a. Motivar a que se prioricen acciones de la Ley para la Maternidad Saludable y que la comunidad, junto con el apoyo de líderes comunitarios y autoridades locales, gestionen y/o demanden la instalación de casas maternas para el municipio de San Martín

Jilotepeque, las cuales deberán estar cercanas a los servicios de salud, culturalmente adaptadas, y como un proyecto propio de la comunidad que colabore a reducir el riesgo de mortalidad materna y neonatal en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

- b. Superar las barreras de comunicación y limitantes para difundir la Ley para la Maternidad Saludable, entre las comunidades de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

5.4 Público Destinatario

- 1) Mujeres en edad reproductiva o edad fértil del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Se estima que este municipio cuenta con 22,228 mujeres en edad fértil entre los 10 a 54 años de edad, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), información al 2008 y 2009 presentada en el diagnóstico situacional.
- 2) Conyugues o parejas, líderes comunitarios, autoridades locales del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

A continuación se resume la segmentación de la audiencia por cambio deseado, barreras existentes y objetivos del abordaje comunicacional:

<p align="center">Tabla No. 13 Segmentación de Audiencia y Cambios Deseados Estrategia de Comunicación para el Desarrollo para Difusión de la Ley para la Maternidad Saludable en el Área Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango</p>			
Segmentación de la Audiencia	Cambio Deseado: Información, motivación, capacidad de actuar, normas, política, servicios, estructura comunitaria u otros cambios	Barreras: razones contextuales o conductuales por las que la audiencia no lo está haciendo	Objetivos de la Comunicación. Abordaje de las Barreras Clave
Mujeres en edad reproductiva o edad fértil del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.	Conocer la ley para la Maternidad Saludable e informarse más sobre el tema de la salud de la mujer y recién nacido.	Falta de difusión de dicha ley a nivel comunitario.	Al final de la campaña de comunicación, las mujeres conocerán la ley y sabrán sus derechos a la salud, y estarán motivadas a que se gestionen Casas Maternas como una de las estrategias que plantea la ley para reducir el riesgo de mortalidad materna y del recién nacido.
Conyugues o parejas, líderes comunitarios, autoridades locales del municipio de San Martín	Conocer la ley para la Maternidad Saludable e informarse más sobre el tema de la salud de la mujer y recién nacido.	Falta de difusión de dicha ley a nivel comunitario.	Al final de la campaña de comunicación, los cónyugues, líderes y autoridades locales conocerán la ley y mediarán por

Jilotepeque, Chimaltenango.			los derechos a la salud de las mujeres y recién nacidos. Estarán motivados para gestionar Casas Maternas como una de las estrategias que plantea la ley para reducir el riesgo de mortalidad materna y del recién nacido.
--------------------------------	--	--	---

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

5.5 Productos Propuestos para Alcanzar los Objetivos

Como resultado del diagnóstico participativo y estrategia participativa de comunicación, se proponen tres productos concretos para poder lograr los objetivos general y específicos de difundir la Ley para la Maternidad Saludable, motivar a la comunidad a que priorice acciones de salud indicadas en la ley, conocer los derechos a la salud materna y del recién nacido, y motivar a que se demande la instalación de casas maternas para el municipio de San Martín Jilotepeque:

- a) Bifolios, que expliquen de manera sencilla la Ley para la Maternidad Saludable, su objetivo y fines, responsables de implementarla y qué hacer para conocer más, resaltando los artículos más importantes de la misma.
- b) Afiches, que resalten de manera general distintos artículos de la Ley para la Maternidad Saludable, su objetivo y fines, responsables de implementarla y qué hacer para conocer más, resaltando los artículos más importantes de la ley.
- c) Spots de radio, en dos versiones, para motivar a la comunidad a conocer sobre la ley, específicamente el punto de las casas maternas, y motivando a que se conozca más del tema y se organicen en la comunidad.

El material propuesto fue validado durante un taller con las mujeres de San Martín Jilotepeque, el día 11 de octubre de 2011, según se indicó en la sección de metodología. Asimismo, se puede consultar la sección de Anexos 2 donde se adjuntan los instrumentos para validar el material y la agenda desarrollada en el taller.

Los materiales que a continuación se presentan, fueron validados por la comunidad, recibiendo una gran aceptación especialmente los spots radiales, a los cuales no se sugirió

ningún cambio, gustaron mucho, en la parte de construcción y recordación de los mensajes se evidenció la comprensión del tema y el propósito de los spots. Asimismo los bifoliales fueron comprendidos muy bien, gustaron en tamaño, color, texto, y tipo de información incluida. Y en cuanto al afiche, fue el único material que las mujeres pidieron que se hiciera un poco más grande la letra, por lo que el mismo fue modificado un poco y se priorizó información para que se comprendiera de mejor manera los mensajes clave.

Tanto para el afiche como para el bifoliar se agregaron tres mensajes clave contruidos con las mujeres, para que se diera la misma idea de los spots radiales, en los que se insta a *“informarse más sobre la ley, conocer cómo mejorar la salud de la comunidad, y organizarse para instalar una casa materna”*.

El conjunto de materiales propuestos (bifoliales, afiches y spots de radio) quedó validado en el taller y están listos para presentarse como parte de la estrategia.

5.6 Especificaciones de los productos

Tabla No. 14 Especificaciones de los Productos Comunicacionales Estrategia de Comunicación para el Desarrollo para Difusión de la Ley para la Maternidad Saludable en el Área Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango		
Producto	Especificaciones	Observaciones
Bifoliales: Ley para la Maternidad Saludable, artículos importantes, énfasis en Casas Maternas	Escala: 8.5" x 11" impresión full color tiro y retiro + barniz u.v., en papel couché 100gr. Idioma: Bifoliar 1 – idioma español	No se sugiere traducir a idioma kaqchiquel pues pocos saben leer dicho idioma.
Afiches: Ley para la Maternidad Saludable, artículos importantes, énfasis en Casas Maternas.	Escala: 22" x 17, impresión full color en cartulina texcote 12" + barniz u.v. Idioma: Afiche 1 – idioma español	No se sugiere traducir a idioma kaqchiquel pues pocos saben leer dicho idioma.
Spot de radio, version 1: Ley para la Maternidad Saludable y Casas Maternas – Spot 1.	Audiencia: Mujeres y hombres en edad reproductiva de Chimaltenango, kaqchiquel y español hablantes. Agencia: Radio Católica de San Martín Jilotepeque, y otras radios identificadas como preferidas, en Chimaltenango. Producto: Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable, énfasis en Artículo No. 13 sobre casas maternas con pertinencia cultural. Versión: Esposo y esposa (parejas) que tienen o tendrán hijos	Las mujeres de la comunidad sugirieron que se puedan hacer los spots en idioma kaqchiquel para las personas mayores de la comunidad que no hablan español. El mayor porcentaje de

	Medio: Radio Duración: 45 segundos Voces: (v1) Hombre (esposo o pareja) (v2) Mujer (esposa o pareja) (v3) Institucional Idioma: Anuncio 1 – idioma español	las mujeres del taller indicó hablar únicamente español.
Spot de radio, version 2: Ley para la Maternidad Saludable y Casas Maternas – Spot 2.	Audiencia: Mujeres y hombres en edad reproductiva de Chimaltenango, kaqchiquel y español hablantes. Agencia: Radio Católica de San Martín Jilotepeque, y otras radios identificadas como preferidas, en Chimaltenango. Producto: Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable, énfasis en Artículo No. 13 sobre casas maternas con pertinencia cultural. Versión: Esposo y esposa (parejas) que tienen o tendrán hijos Medio: Radio Duración: 45 segundos Voces : (v1) Lideresa (v2) Hombre (v3) Mujer (v4) Institucional Idioma: Anuncio 1 – todo en español	Las mujeres de la comunidad sugirieron que se puedan hacer los spots en idioma kaqchiquel para las personas mayores de la comunidad que no hablan español. El mayor porcentaje de las mujeres del taller indicó hablar únicamente español.

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

El idioma preferido por las mujeres, para desarrollar los materiales y productos, fue el español, tomando en cuenta que el mayor porcentaje habla el español y no saben hablar kaqchiquel. Sin embargo, el mismo grupo de mujeres propuso que sería interesante que los spots de radio fueran desarrollados también en kaqchiquel para que los adultos mayores de la comunidad que por lo general solamente hablan kaqchiquel, conozcan también del tema. Referirse a las estadísticas presentadas para el grupo de mujeres, en la sección del diagnóstico de comunicación del presente estudio.

5.7 Piezas comunicacionales (diseño creativo)

A continuación se presenta el texto del diseño creativo para cada una de las piezas comunicacionales. En el anexo 4 se puede observar el arte final para el bifoliar y para el afiche, y en cuanto al spot de radio, se adjunta el CD con el archivo digital, ya que fue posible producir el mismo en un estudio de grabación.

Tabla No. 15

Texto para Spots de Radio

Estrategia de Comunicación para el Desarrollo para Difusión de la Ley para la Maternidad Saludable en el Área Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango

PRODUCTO NO. 1

FORMATO PARA COMERCIALES: Spot de Radio

Ley para la Maternidad Saludable y Casas Maternas – Spot 1

“Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala:

Comprometido con la salud de tu comunidad”

Por: Haydée Lemus

Audiencia: Mujeres y hombres en edad reproductiva de Chimaltenango, líderes comunitarios, autoridades locales. Kaqchiquel y español hablantes

Agencia: Radio Católica de San Martín Jilotepeque, Otras radios identificadas como preferidas, en Chimaltenango

Producto: Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable, énfasis en Artículo No. 13 sobre casas maternas con pertinencia cultural.

Versión: Esposo y esposa (parejas) que tienen o tendrán hijos

Medio: Radio

Duración: 45 segundos

Voces: (v1) Hombre (esposo o pareja)
(v2) Mujer (esposa o pareja)
(v3) Institucional

Idioma: Anuncio 1 – idioma español
Anuncio 2 – idioma kaqchiquel

ANUNCIO 1 – IDIOMA ESPAÑOL

En CD se encuentra archivo digital para escuchar spot.

(v1) HOMBRE: 1º. ¡Me acabo de enterar que hay una ley para la Maternidad Saludable,
2º. y que es para mejorar la salud de las mujeres y recién nacidos!
3º. La ley habla de ‘casas maternas’

(v2) MUJER: 4º. ¿Casas Maternas? ¿y qué son y dónde están pues?

(v1) HOMBRE: 5º. Pues dijeron que serán casas de la comunidad,
6º. Y cercanas a un centro de atención de salud,
7º. para que la mujer embarazada y que viene de bien lejos,
8º. tenga un lugar donde descansar.
9º. Cuando ya sea la hora del parto o en una emergencia,
10º. ¡rapidito se llega al servicio de salud!

(v2) MUJER: 11º. (AGRADECIDA) ¡Que beneficio!
12º. (ENFASIS) Yo **SI** usaría la Casa Materna por mi salud!

(V3) INSTIT: 13º. (ENFASIS) Para más información sobre cómo organizarte,
14º. llama al Área de Salud de Chimaltenango o habla con tus líderes comunitarios.
15º. **MINISTERIO DE SALUD: ¡Comprometido con la salud de TU comunidad!**

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

Tabla No. 16

Texto para Spots de Radio

Estrategia de Comunicación para el Desarrollo para Difusión de la
Ley para la Maternidad Saludable en el Área Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango

PRODUCTO NO. 2

FORMATO PARA COMERCIALES: Spot de Radio

Ley para la Maternidad Saludable y Casas Maternas – Spot 2

**“Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango – OSAR-:
Vigilante y comprometido en promover la salud de Chimaltenango”**

Por: Haydée Lemus

Audiencia: Mujeres y hombres en edad reproductiva de Chimaltenango, líderes comunitarios, autoridades locales. Kaqchiquel y español hablantes

Agencia: Radio Católica de San Martín Jilotepeque, Otras radios identificadas como preferidas, en Chimaltenango

Producto: Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable, énfasis en Artículo No. 13 sobre casas maternas con pertinencia cultural.

Versión: Esposo y esposa (parejas) que tienen o tendrán hijos

Medio: Radio

Duración: 45 segundos

Voces : (v1) Lideresa
(v2) Hombre
(v3) Mujer
(v4) Institucional

Idioma: Anuncio 1 – todo en español
Anuncio 2 – todo en kaqchiquel

ANUNCIO 1 – IDIOMA ESPAÑOL

En CD se encuentra archivo digital para escuchar spot.

(v1) LIDERESA:1º. ¡Hola doña Rosita, que tal don Pedro!

(v2) HOMBRE: 2º. Señora Angela, pase adelante!! ¿y... ese milagro?

(v1) LIDERESA:3º. Pues vengo a invitarlos a una reunión
4º. en la que vamos a hablar sobre la ley para la Maternidad Saludable...
5º. Se va a hablar de cómo mejorar la salud de la comunidad,
6º. y también sobre cómo hacer para instalar una Casa Materna!!

(v3) MUJER: 7º. ¿Y qué son esas Casas Maternas, pues?

(v1) LIDERESA:8º. Pues serán casas de la comunidad,
9º. y muy cercanas a un centro de atención de salud,
10º. para que la mujer embarazada y que viene de bien lejos,
11º. tenga un lugar donde descansar.
12º. Cuando ya sea la hora del parto o en una emergencia,
13º. ¡rapidito se llega al servicio de salud!

(v3) MUJER: 14º. ¡Participemos en la reunión pues!

(V4) INSTIT: 15º. Este es un mensaje del OSAR
16º. **Vigilando por el cumplimiento de compromisos hacia la salud de TU comunidad!**

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

Tabla No. 17

Texto para Afiche

Estrategia de Comunicación para el Desarrollo para Difusión de la
Ley para la Maternidad Saludable en el Área Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango

PRODUCTO NO. 3

FORMATO PARA IMPRESION: Afiche

Ley para la Maternidad Saludable, artículos importantes, énfasis en Casas Maternas

“Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango – OSAR-:

Vigilante y comprometido en promover la salud de Chimaltenango”

Por: Haydée Lemus

Audiencia: Mujeres y hombres en edad reproductiva de Chimaltenango, líderes comunitarios, autoridades locales. Kaqchiquel y español hablantes

Producto: Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable: énfasis en el Artículo No. 13, Casas maternas con pertinencia cultural

Medio: Afiche a ser colocado en servicios de salud y centros de convergencia, tiendas, escuelas, iglesias, molinos, municipalidad.

Escala: 22" x 17, impresión full color en cartulina textcote 12" + barniz u.v.

Idioma: Afiche 1 – idioma español

AFICHE – IDIOMA ESPAÑOL

VER ANEXO 4, PARA ARTE FINAL DEL AFICHE.

Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010.

En Guatemala, dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o postparto.

Objeto de la ley: crear los mecanismos para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, asegurando la maternidad de las mujeres.

Responsables de aplicar y cumplir la ley: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, IGSS, ONGs que brindan servicio de salud y que están contratadas por el Ministerio de Salud.

Algunos artículos importantes de la ley:

Art 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal.

Art. 8. Atención obligatoria durante el embarazo. El inciso h, indica: “Las mujeres serán atendidas en su idioma materno para asegurar que el tratamiento y los procedimientos de comunicación sean comprensibles y claros para ellas y su familia”.

Art. 13. Casas Maternas con pertinencia cultural. Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.

INFORMATE más sobre la ley para la Maternidad Saludable,
CONOCE cómo mejorar la salud de TU comunidad,
ORGANIZATE para instalar una Casa Materna.

Para más información sobre cómo organizarte, llama al Área de Salud de Chimaltenango, o habla al servicio de salud más cercano y con los líderes de TU comunidad.

Este es un mensaje del OSAR Chimaltenango: **¡Vigilando por el cumplimiento de compromisos, hacia la salud de TU comunidad!**

Ministerio de Salud: **¡Comprometido con la salud de TU comunidad!**

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

Tabla No. 18

Texto para Bifoliar

Estrategia de Comunicación para el Desarrollo para Difusión de la Ley para la Maternidad Saludable en el Área Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango

PRODUCTO NO. 4

FORMATO PARA IMPRESION: Bifoliar

Ley para la Maternidad Saludable, artículos importantes, énfasis en Casas Maternas

“Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango – OSAR-:

Vigilante y comprometido en promover la salud de Chimaltenango”

Por: Haydée Lemus

Audiencia: Mujeres y hombres en edad reproductiva de Chimaltenango, líderes comunitarios, autoridades locales. Kaqchiquel y español hablantes

Producto: Divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable: énfasis en el Artículo No. 13, Casas maternas con pertinencia cultural

Medio: Bifoliar a ser distribuido en reuniones comunitarias, visitas domiciliarias, en los servicios de salud y centros de convergencia, escuelas, iglesias, molinos.

Escala: 8.5" x 11" impresión full color tiro y retiro + barniz u.v., en papel couché 100gr.

Idioma: Bifoliar 1 – idioma español

BIFOLIAR – IDIOMA ESPAÑOL
VER ANEXO 4, PARA ARTE FINAL DEL BIFOLIAR.

Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010.

En Guatemala, dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o postparto. Objeto de la ley: crear los mecanismos para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, asegurando la maternidad de las mujeres.

Responsables de aplicar y cumplir la ley: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, IGSS, ONGs que brindan servicio de salud y que están contratadas por el Ministerio de Salud.

Algunos artículos importantes de la ley:

Art 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal.

Art. 8. Atención obligatoria durante el embarazo. El inciso h, indica: “Las mujeres serán atendidas en su idioma materno para asegurar que el tratamiento y los procedimientos de comunicación sean comprensibles y claros para ellas y su familia”.

Art. 13. Casas Maternas con pertinencia cultural. Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.

INFORMATE más sobre la ley para la Maternidad Saludable,
CONOCE cómo mejorar la salud de TU comunidad,
ORGANIZATE para instalar una Casa Materna.

Para más información sobre cómo organizarte, llama al Área de Salud de Chimaltenango, o habla al servicio de salud más cercano y con los líderes de TU comunidad.

Este es un mensaje del OSAR Chimaltenango: **¡Vigilando por el cumplimiento de compromisos, hacia la salud de TU comunidad!**

Ministerio de Salud: **¡Comprometido con la salud de TU comunidad!**

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

5.8 Selección de Medios (plan de medios y plan de distribución)

Cabe mencionar que el canal de comunicación preferido por las mujeres participantes en el taller, fueron las reuniones comunitarias, charlas, talleres ya que indicaron que es el medio por el que se reciben la información de manera más directa y es comprensible. Además, en las reuniones se aprende más y se pueden hacer preguntas.

Por lo tanto, se sugiere que como parte del plan de medios, lo siguiente:

- a) Que el Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, organice y convoque a reunión a los alcaldes auxiliares, alcalde municipal, miembros de los COCODEs, COMUDEs, líderes comunitarios, facilitadores de salud, dueños de medios de comunicación comunitarios del municipio de San Martín Jilotepeque, entre otros, así como a directores de centros/servicios de salud del municipio, con el fin de:
 - 1) dar a conocer el propósito de la ley y hacer énfasis en el tema de las casas maternas,
 - 2) dar a conocer la estrategia de comunicación participativa que se propone en este trabajo.
 - 3) Coordinar reuniones de seguimiento entre los actores involucrados para el tema de la salud materna y del recién nacido, poniendo particular atención a la agenda de abogar por la instalación de casas maternas y facilitar los mecanismos de coordinación entre las distintas instancias municipales, comunidad y autoridades locales para que se pueda concretar.
- b) Que el Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, organice como un segundo paso, a través de las alcaldías auxiliares, una o varias reuniones comunitarias con mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, con el fin de:
 - 1) dar a conocer el propósito de la ley y hacer énfasis en el tema de las casas maternas,
 - 2) dar a conocer el trabajo que realiza el OSAR en el departamento de Chimaltenango,
 - 3) instar a que se organicen a nivel comunitario, con sus COCODEs, COMUDEs, y alcaldías auxiliares, líderes comunitarios.

- c) Que se implemente el plan de medios que se propone y se lance la estrategia de comunicación, luego de haber sostenido la reunión inicial con los líderes de la comunidad.

A continuación se presenta una tabla que resume las preferencias de medios de comunicación masiva y medios de comunicación alternos indicados por las mujeres, durante el taller:

Tabla No. 19							
Preferencias de Medios de Comunicación Masiva y Medios de Comunicación Alternos Resultado del Taller No. 2 para Elaboración de Estrategia Participativa de Comunicación con Mujeres del Area Rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Octubre de 2011							
Horario	Radio Frecuencia/ Programas	Medios Impreso (afiches, trifoliales)	Televisión/ Canales	Medios Alternos (Reuniones o Talleres)	Alcaldía Auxiliar	Iglesia Católica	Otros
06:00 08:00	Radio Católica (es la preferida y más escuchada por las mujeres). Programas católicos que se sintonizan toda la mañana.	Afiches Trifoliales	Casi no ven televisión porque siempre están ocupadas.	Reuniones comunitarias Charlas, talleres.	Información en reuniones con el Alcalde Auxiliar.	Radio Católica. Linea católica	Folletos, trifoliales, afiches son importantes para recordar información que se da en reuniones.
08:00 10:00							
10:00 12:00							
12:00 14:00							
14:00 16:00	FM Joya 93.3						
16:00 18:00	Exitos						
18:00 20:00	90.9 FM						
20:00 22:00	FM Globo 98.9 Stereo Vision						
Resumen Preferencia de Medios:							
✓ Primer lugar:				✓ Reuniones comunitarias, charlas, talleres.			
✓ Segundo lugar:				✓ Folletos, trifoliales, afiches porque son importantes para recordar la información que se da en reuniones.			
✓ Tercer lugar:				✓ Spot de radio para 1) que se enteren las personas que no asisten a reuniones y/o 2) que se recuerde lo dicho en reuniones, 3) convocar a reuniones.			

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

Asimismo, en la tabla 8 se presenta información del número de servicios de salud de San Martín Jilotepeque, según precenso de salud de todos los servicios del municipio, y cuya información fue obtenida a través del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud. Esta información es crucial de conocerla para saber la ubicación de los servicios de salud, y calcular la cantidad de afiches y bifolios que deben imprimirse. Los afiches serían colocados, entre otros, en todos los servicios de salud y los bifolios se entregarían a cada servicio de salud para ser repartidos entre las mujeres que acuden a ser atendidas:

TABLA NO. 20				
Servicios de Salud del Municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, Según Precenso de Salud				
No.	CODGEO	SERVICIO	TIPO_SERV	MUNICIPIO
1	205	BOMBEROS VOLUNTARIOS	BOMBEROS	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
2	171	CENTRO DE CONVERGENCIA AGUACATE	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
3	195	CENTRO DE CONVERGENCIA CANDELARIA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
4	191	CENTRO DE CONVERGENCIA CHIARMIRA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
5	182	CENTRO DE CONVERGENCIA CHIPILA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
6	192	CENTRO DE CONVERGENCIA CHUISAC	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
7	201	CENTRO DE CONVERGENCIA CIMARRON	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
8	183	CENTRO DE CONVERGENCIA CRUZ NUEVA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
9	196	CENTRO DE CONVERGENCIA EL CARMEN	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
10	193	CENTRO DE CONVERGENCIA EL MOLINO	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
11	197	CENTRO DE CONVERGENCIA EL PLATANAR	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
12	202	CENTRO DE CONVERGENCIA EL RINCON	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
13	198	CENTRO DE CONVERGENCIA LA UNION	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
14	187	CENTRO DE CONVERGENCIA LOS TABLONES	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
15	188	CENTRO DE CONVERGENCIA NARANJITO	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
16	184	CENTRO DE CONVERGENCIA PACOJ CHIJOCON	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
17	175	CENTRO DE CONVERGENCIA PACOJ TRES CRUCES	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
18	179	CENTRO DE CONVERGENCIA PACOXPON	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
19	180	CENTRO DE CONVERGENCIA PANATZAN	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
20	203	CENTRO DE CONVERGENCIA PANICUY	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
21	173	CENTRO DE CONVERGENCIA PATZAJITO	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
22	189	CENTRO DE CONVERGENCIA PATZOCOM	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
23	172	CENTRO DE CONVERGENCIA PROVIDENCIA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
24	199	CENTRO DE CONVERGENCIA PUEBLO DE DIOS	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
25	181	CENTRO DE CONVERGENCIA QUIMAL LA JOYA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE

26	176	CENTRO DE CONVERGENCIA SAJCAU	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
27	185	CENTRO DE CONVERGENCIA SAN ANTONIO EL CORNEJO	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
28	200	CENTRO DE CONVERGENCIA SAN BARTOLOME	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
29	190	CENTRO DE CONVERGENCIA SAN FRANCISCO	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
30	204	CENTRO DE CONVERGENCIA SAN JOSE EL RODEO	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
31	177	CENTRO DE CONVERGENCIA SAN JOSE LAS ROSAS	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
32	178	CENTRO DE CONVERGENCIA SANTA TERESA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
33	174	CENTRO DE CONVERGENCIA TIERRA COLORADA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
34	186	CENTRO DE CONVERGENCIA TIOXYA	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
35	194	CENTRO DE CONVERGENCIA VARITUC I	CENTRO CONVERGENCIA	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
36	162	CENTRO DE SALUD DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE	CENTRO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
37	101	DIRECCION DE AREA DE SALUD	DIRECCION AREA SALUD	CHIMALTENANGO
38	161	HOSPITAL DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE	HOSPITAL	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
39	107	IGSS DE CHIMALTENANGO	IGSS	CHIMALTENANGO
40	206	MUNICIPALIDAD SAN MARTIN JILOTEPEQUE	MUNICIPALIDAD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
41	169	PUESTO DE SALUD CHIPASTOR	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
42	168	PUESTO DE SALUD CHOATALUN	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
43	165	PUESTO DE SALUD EL ROSARIO CANAJAL	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
44	170	PUESTO DE SALUD LA ESTANCIA LA VIRGEN	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
45	167	PUESTO DE SALUD LA ESTANCIA SAN MARTIN	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
46	166	PUESTO DE SALUD LAS ESCOBAS	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
47	163	PUESTO DE SALUD LAS LOMAS SACALA	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE
48	164	PUESTO DE SALUD LOS JOMETES	PUESTO DE SALUD	SAN MARTIN JILOTEPEQUE

Fuente: Pre censo de salud, Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud

5.8.1 Plan de Medios

Tabla No. 21									
Plan de Medios para Radio									
(Cobertura en todo el municipio de San Martín Jilotepeque)									
<i>Campaña</i>	<i>Mes de Pauta</i>	<i>Emisoras</i>	<i>Costo x seg Precio paquete</i>	<i>Costo por paquete</i>	<i>Precio spots</i>	<i>Cantidad spots/día</i>	<i>Spots semanales</i>	<i>Spots al mes</i>	<i>Valor pauta por mes</i>
Institucional	Enero a Junio 2012	Radio Católica 100.1 FM	N/A	Q150.00 mensual de 5 a 6 menciones / día por spot	N/A	5 a 6 menciones diarias x spot	42 menciones a la semana x spot	168 menciones al mes x spot	Q150.00 mensual x spot x dos spots Q300 al mes x 6 meses = Q1,800.
TOTAL									Q1,800.00

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

Tabla No. 22						
Plan de Medios para Materiales Impresos						
(Cobertura en todo el municipio de San Martín Jilotepeque)						
<i>Campaña</i>	<i>Medio</i>	<i>Tamaño</i>	<i>Publicaciones</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Costo</i>	<i>Total</i>
Institucional	Bifoliar	8.5" x 11" impresión full color tiro y retiro + barniz u.v., en papel couché 100gr.	5,500	Bifoliar a ser distribuido en reuniones comunitarias, visitas domiciliarias por facilitadores de salud y extensión de cobertura, servicios de salud, iglesias. Nota: según datos del INE, 2008-09, se estima que hay 22,228 mujeres en edad fértil entre los 10 - 54 años en el municipio. Se estima que una cuarta parte de esta población asistiría a las reuniones comunitarias.	Q1.00 c/u	Q5,500.00
Institucional	Afiche	22" x 17, impresión full color en cartulina texcote 12" + barniz u.v.	500	Afiche a ser colocado en todos los servicios de salud y centros de convergencia (48), tiendas, escuelas, iglesias, molinos, municipalidad.	Q6.00 c/u	Q3,000.00
TOTAL						Q8,500.00

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

5.8.2 Plan de Distribución

Tabla No. 23						
Plan de Distribución						
(Cobertura en todo el municipio de San Martín Jilotepeque)						
MATERIAL	CANTIDAD	DESTINATARIOS	RESPONSABLE	FECHA PARA DISTRIBUCIÓN	MEDIOS DE DISTRIBUCIÓN	COSTOS DE DISTRIBUCIÓN
Spots de radio	2 spots radiales durante tres meses, todos los días	Mujeres y hombres en edad reproductiva, todo el municipio de San Martín Jilotepeque	Institucional	Enero a junio de 2012	Radio Católica 100.1 FM	Q300 al mes por los dos spots x 3 meses = Q900.00
Bifoliar	5,500	Mujeres en edad reproductiva, del municipio de San Martín Jilotepeque, que se estima asistan a reuniones comunitarias	Institucional	Enero a junio de 2012	Reuniones comunitarias, visitas domiciliarias por facilitadores de salud y extensión de cobertura, servicios de salud, iglesias.	No hay costo pues se entregarán en las reuniones comunitarias o en los servicios de salud.
Afiche	500	Mujeres y hombres en edad reproductiva, todo el municipio de San Martín Jilotepeque	Institucional	Enero a junio de 2012	Servicios de salud y centros de convergencia (48), tiendas, escuelas, iglesias, molinos, municipalidad.	Se estima que no tendría costo pues se usarían medios de comunicación a través de los cuales las mujeres se contactan.

Fuente: elaboración propia, Haydée Lemus, 12 de octubre de 2011.

5.9 Resultados Esperados

La divulgación de la Ley para la Maternidad Saludable, su difusión, mediación y que esto provoque que la comunidad se organice en conjunto con sus líderes comunitarios y autoridades locales, para que se puedan demandar acciones para mejorar la salud materna y del recién nacido, y específicamente se empiece a gestionar la instalación de casas maternas, por todas las razones ya justificadas a lo largo del presente trabajo.

5.10 Monitoreo y Evaluación

El monitoreo y evaluación se realizará a través del Proyecto de Políticas en Salud (HPP) y a través del mecanismo de la sociedad civil organizado para abogar por los derechos de la salud reproductiva, OSAR de Chimaltenango.

Estas dos instancias serían las encargadas de monitorear y evaluar la puesta en marcha y resultados de la estrategia de comunicación que aquí se propone.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS FUTUROS

Con la implementación de la estrategia de comunicación propuesta en este trabajo, se pretende alcanzar los siguientes resultados a futuro:

1. Difusión y mediación de la Ley para la Maternidad Saludable, entre las comunidades de San Martín Jilotepeque.
2. Organización de la comunidad para gestionar la instalación de casas maternas.
3. Instalación de las primeras casas maternas en Chimaltenango y, en general, en el país.
4. Contribución a mejorar la salud materna y del recién nacido del municipio, al momento de contar con casas maternas, como una de las estrategias para reducir el tiempo de movilización de las madres embarazadas al momento del parto o emergencias obstétricas, hacia los servicios de salud.
5. Replicar la estrategia en otros municipios del departamento de Chimaltenango.

CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES

1. La Ley para la Maternidad Saludable incluye todos los mecanismos y estrategias necesarias que se pueden implementar para mejorar la salud de las madres y recién nacidos de Guatemala.
2. La Ley para la Maternidad Saludable, no es conocida a nivel de las comunidades, específicamente en este caso, en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.
3. El desconocimiento de la Ley para la Maternidad Saludable a nivel comunitario, resulta en la falta de acciones por parte de la comunidad, para demandar la instalación de las casas maternas, como una de las estrategias que se plantean en la ley y que reduce la barrera de distancia entre los hogares y los servicios de salud, al momento del parto o emergencias obstétricas.
4. La Ley para la Maternidad Saludable, es conocida por los miembros y líderes del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango. Sin embargo, no todos los miembros que participaron en el taller la conocen en detalle. Por lo tanto, se evidenció desconocimiento en cuanto al tema de las casas maternas.
5. El estudiante que realizó el presente trabajo, considera que es el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, el que debe propiciar las reuniones con los líderes comunitarios, autoridades locales y comunidad, para provocar la organización comunitaria y que se empiece a gestionar la instalación de casas maternas. Esto, tal como se propone en el capítulo que plantea la estrategia de comunicación.
6. Es factible la organización comunitaria y futura instalación de casas maternas, pero esto se dará hasta que la comunidad se apropie de la información, estén conscientes de la necesidad de instalar casas maternas, y se comprometa a los líderes comunitarios y autoridades locales a gestionar acciones para concretarlo. Esto, tal como se propone en el capítulo que plantea la estrategia de comunicación.
7. Es factible implementar la estrategia de comunicación propuesta. Los costos de spots radiales son bajos, si se utiliza la radio comunitaria que la comunidad escucha y propuso. Los costos de material impreso pueden ser más económicos si se utiliza

impresiones en blanco y negro. Además, debe aprovecharse el mecanismo de reuniones comunitarias para dar a conocer la información, ya que esto es muy importante porque es a través de reuniones, explicación y divulgación de información, como la gente se apropia del conocimiento. Tomando en cuenta que en esta propuesta se propone la organización comunitaria, los materiales impresos y cuñas radiales servirán de apoyo a lo que se explique en reuniones, así como para llevar la información a quienes no puedan participar en las mismas.

CAPÍTULO 8 RECOMENDACIONES

1. Implementar la estrategia de comunicación propuesta, para provocar la organización comunitaria y que se empiece a gestionar la instalación de casas maternas. Esto, tal como se propone en el capítulo de la estrategia de comunicación y según conclusiones planteadas.
2. Que el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango asuma más liderazgo en el tema de abogacía para que se instalen casas maternas en dicho municipio y/o departamento de Chimaltenango, a través de propiciar reuniones con líderes comunitarios, autoridades locales y comunidad. Esto, tal como se propone en el capítulo que plantea la estrategia de comunicación.
3. Que el proyecto de Políticas en Salud (HPP) apoye al OSAR de Chimaltenango, y pueda financiar la estrategia de comunicación propuesta. Los costos de spots radiales son bajos, si se utiliza la radio comunitaria que la comunidad escucha y propuso. Los costos de material impreso pueden ser más económicos si se utiliza impresiones en blanco y negro.
4. Aprovechar al máximo el mecanismo de organizar reuniones comunitarias para dar a conocer la información, ya que esto es muy importante porque es a través de reuniones, explicación y divulgación de información, como la gente se apropia del conocimiento. Tomando en cuenta que en esta propuesta se propone la organización comunitaria, los materiales impresos y cuñas radiales servirán de apoyo a lo que se explique en reuniones, así como para llevar la información a quienes no puedan participar en las mismas.

Bibliografía

1. Acuerdo Gubernativo No. 279-2009 del 27 de octubre de 2009. *Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva*, Decreto Numero 87-2005 del Congreso de la República de Guatemala.
2. Decreto Número 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley para la Maternidad Saludable*.
3. Decreto Número 87-2005 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva*.
4. Documentos, boletines y hojas informativas compilados por la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva. Recuperado el 16 de agosto de 2011 de: <http://www.alianmisar.org/node/33>
5. Informe de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala y la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas en Defensa del Derecho a la Salud Reproductiva, presentado en Ginebra, Suiza, 17 al 19 mayo 2011. Recuperado el 16 de agosto de 2011 de: <http://www.alianmisar.org/node/33>
6. Instituto Nacional de Estadística. *Censo de Población*. Recuperado el 20 de octubre de 2011 de: <http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm>
7. Instituto Nacional de Estadística INE. *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI-2006*. Recuperado el 20 de octubre de 2011 de: <http://www.ine.gob.gt/np/encovi/encovi2011.htm>
8. Mayca, Julio, et.al. *Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco*. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 145-60. Artículo Original.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, período 2008-2009*. Recuperado el 20 de octubre de 2011 de: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

Y http://www.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=31:v-encuesta-materno-infantil-2008-2009&catid=2:noticias&Itemid=65

10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. *Plan Nacional de Salud (PNS) para los Guatemaltecos*. Recuperado el 13 de septiembre de 2011 de: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/GENERAL/MISION_VISION/PLAN_NACIONAL/plan.pdf
11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. *Informe de Desarrollo Humano de Guatemala, período 2007/2008*.
12. Proyecto C-Change (Comunicación para el Cambio, por sus siglas en inglés). *Módulo de Introducción, Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSyC)*. Recuperado el 16 de octubre de 2011 de: <http://www.c-hubonline.org/7992/1/Module0-Practitioner.pdf>
13. Sistema de Información Gerencial en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Recuperado el 15 de septiembre de 2011 de: <http://sigsa.mspas.gob.gt/>

Anexos

- 1 Cartas de autorización para realizar Práctica Profesional Supervisada.
- 2 Guía metodológica, instrumentos, lista de participantes, fotografías: tres talleres con mujeres de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.
- 3 Guía metodológica, instrumentos, lista de participantes, fotografías: taller con líderes del OSAR de Chimaltenango.
- 4 Piezas comunicacionales: bifoliar, afiche, spot de radio (este último formato digital CD).
- 5 Revisión bibliográfica y documentos técnicos e institucionales consultados.
- 6 Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala.

Anexo 1

Cartas de autorización para realizar Práctica Profesional Supervisada



Guatemala, 9 de septiembre de 2011

Licenciado
Donaldo Álvarez
Coordinador de Maestría en Comunicación para el Desarrollo
Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC–
Su despacho

Estimado Lic. Álvarez:

Por este medio, expreso mi aprobación para que la estudiante *Haydee Ileanova Lemus Argueta*, carnet 1000-19535, de la Maestría en Comunicación para el Desarrollo de la USAC, realice sus prácticas en el Proyecto Políticas en Salud –HPP– con el siguiente tema:
INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA: Estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto No. 32-2010) con énfasis en la gestión de casas maternas, en el área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Sin otro particular, me despido atentamente


Telma Duarte
Directora
USAID/HPP
tduarte@hpp-gt-org

2ª Avenida 15-24 Zona 10
01010 Guatemala
Teléfono (502) 2367-0788, 2367-0789

Anexo 2

Talleres (1 y 2) para diagnóstico comunicacional y (3) elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala

Dirigido a mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, septiembre de 2011.

Unos datos sobre este proyecto

En el transcurso del 2010, se gestionó en el Congreso de la República la emisión de la Ley para la Maternidad Saludable, con el objeto de crear un marco jurídico que permitiera implementar mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y a servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o postparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.

El 28 de septiembre del año dos mil diez dicha ley fue emitida, a través del Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala, y en la cual el artículo No. 13 se lee: "Casas maternas con pertinencia cultural. Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud".

En el marco de la práctica del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la Maestría en Comunicación para el Desarrollo de la USAC, se pretende elaborar una estrategia de comunicación local y participativa para el municipio de San Martín Jilotepeque, con la finalidad de dar a conocer y difundir la Ley para la Maternidad Saludable y que las mujeres de dicho municipio puedan demandar y/o abogar por la instalación de casas maternas cercanas a los servicios de salud, con la finalidad de contribuir a disminuir la barrera de distancia o retraso en la movilización hacia un servicio de salud al momento del parto y por ende ayudar a reducir la mortalidad materna y neonatal de dicho municipio.

El objetivo principal es:

Proponer una estrategia de comunicación participativa en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango con la finalidad de dar a conocer y difundir la Ley para la Maternidad Saludable y que las mujeres de dicho municipio puedan demandar y/o abogar por la instalación de casas maternas cercanas a los servicios de salud. Esto contribuiría a disminuir la barrera de distancia o retraso en la movilización hacia un servicio de salud al momento del parto y por ende ayudar a reducir la mortalidad materna y neonatal de dicho municipio.

Esta estrategia promoverá el fortalecimiento de la comunidad a nivel local, para que con su participación se elaboren los planes estratégicos de comunicación. La institución, con el acompañamiento de líderes comunitarios que abogan por la salud reproductiva, se encargará de ejecutar lo planificado.

Cobertura:

Municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Todo el trabajo se concentra en aprovechar los procesos y las instancias de organización municipal ya existentes que trabajan por el tema de la salud reproductiva: Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, autoridades locales municipales, y grupo de mujeres de aldeas del área rural de San Martín Jilotepeque.

Duración:

Un mes, de mediados de septiembre a mediados de octubre de 2011, la fase de diagnóstico comunicacional, preparación y validación de la estrategia de comunicación participativa.

Programa de talleres

Objetivos de los talleres:

- 1) Introducir el tema de la comunicación para la difusión de la Ley de la Maternidad Saludable a nivel comunitario de dicho municipio, realizando un diagnóstico comunicacional enfocado en el tema.
- 2) Sentar las bases del diseño de una estrategia de comunicación participativa para que las mujeres de dicho municipio conozcan la Ley de la Maternidad Saludable y puedan demandar y-o abogar por la instalación de casas maternas cercanas a los servicios de salud.
- 3) Validar la estrategia de comunicación elaborada, durante el último y tercer taller.

Ruta a Seguir- Herramientas:

Las herramientas a utilizar para poder cumplir con los objetivos del taller son las siguientes.

1. ARBOL DE PROBLEMAS
2. MAPA DE VINCULOS (identificar donde fluye la comunicación en la comunidad, puntos que la institución puede usar para dar a conocer el mensaje).
3. FODA
4. MATRIZ DE OBJETIVOS: públicos y mensajes - Productos
5. MATRIZ PARA DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES Y FECHAS IMPORTANTES (POA) – (que las mujeres consideren importantes).

AGENDA TALLERES

TALLER 1.

Horario	Tema	Metodología	Productos
8:00	Inicio del taller. Presentación de las personas.	Dinámica: decir nombre, lugar aldea.	Conocerse.
8:15	Que es la comunicación y gestionar proyectos según necesidades.	Presentaciones voluntarias sobre que comprenden del tema.	Comprensión del enfoque de comunicación y el aporte que dará el proyecto.
8:30	¿Qué pasa en el municipio en el tema de la saludmaterna y neonatal? ¿Se conoce la Ley de Maternidad Saludable a nivel de la comunidad, las mujeres?	Herramienta ♣ 1 Arbol de Problemas Conversatorio y a partir de ahí se construye el árbol de problema.	Se obtendrán percepciones de las participantes y los problemas prioritarios que encuentra el grupo.
9:30	¿Cómo nos comunicamos? - Redes de comunicación en relación al tema de la salud materna (embarazo, parto, post parto) - Redes de comunicación masiva en el municipio - Medios alternos de comunicación en el municipio	Herramienta ♣ 2 Mapa de vínculos. Trabajo en grupos 1. ¿Qué es la comunicación? 2. ¿Cómo es la comunicación en el tema de la salud materna y evitar muertes maternas y neonatales? a. Elaboración del mapa de vínculos. b. ¿Qué aspectos favorecen la comunicación? c. ¿Qué aspectos la limitan? d. ¿Cuáles alternativas de solución?	Se identifican los canales, medios y líderes de comunicación.
10:00	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas	Herramienta ♣ 3 FODA En el plenario: valoración de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas para	Análisis FODA

		<p>demandar la instalación de casas maternas en dicho municipio.</p> <p>Este ejercicio dará una visión general.</p>	
--	--	---	--

TALLER 2.

<i>Horario</i>	<i>Tema</i>	<i>Metodología</i>	<i>Productos</i>
12:30	<p>¿Cómo será la campaña?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Por qué y para qué? Definir objetivos claros. - ¿Que se pretende con el diseño de la campaña? 	<p>Revisar objetivo, los resultados esperados y las fechas clave para generar la estrategia de comunicación.</p> <p>También aclarar qué es una campaña.</p>	Planteamiento del marco general de campaña.
12:45	<p>Mensajes – Públicos – productos. Construyamos nuestro plan de comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿A quién? Definir destinatario - ¿Qué decir y cómo decirlo? Definir mensajes. - ¿Cómo y con qué medios? Indicar y definir los tres principales medios para enterarse de noticias. - Medios alternos (eg. Gratuitos, baratos, no convencionales y que funcionen). - ¿Cuánto? Presupuesto. 	<p>Herramienta ♣ 4 Matriz de Objetivos</p> <p>Trabajo en grupos. Llenar la matriz. Hacerla en papelógrafo para pegarlo frente al plenario y compartir los mensajes elaborados y medios seleccionados como más importantes, ideas de cómo divulgar mensajes efectivos.</p>	Plan de mensajes y públicos.
13:45	Plenaria: presentación de cada grupo	5 minutos por grupo y luego 10 minutos para los comentarios en plenario.	Plenaria: presentación de cada grupo
14:15	Definición de actividades y fechas importantes	<p>Herramienta ♣ 5 Matriz para definición de actividades y fechas importantes.</p> <p>Trabajo en grupos. Llenar matriz. Definición de próximos pasos para implementar las acciones de comunicación planificadas.</p>	Plan operativo.
14:30	¿Cómo nos organizamos?	<p>Trabajo en grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrar los equipos de comunicación. - Definir sus funciones y acompañamiento del estudiante de EPS. - Fechas de reuniones. 	Cada grupo indica sus acuerdos al facilitador del taller.
15:00	Cierre del taller.	Las participantes expresan su opinión sobre el taller.	

LISTADO DE PARTICIPANTES

*Talleres para diagnóstico comunicacional y elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala
-Dirigido a mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, septiembre de 2011.-*

FECHA _____		TALLER NO. _____				
FACILITADOR _____						
No.	Nombre de participante	Aldea/ caserío	Edad	Ocupación principal 1 = casa 2 = agricultura 3 = comercio 4 = oficina-gob 5 = otra profesión	Idioma(s) que habla 1 = cackchiquel 2 = español 3 = ambos 4 = otro, cual____	Nivel escolaridad 1 = primaria 2 = secund 3 = diversif 4 = universit 5 = otro 0 = ninguno
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

LISTADO DE PARTICIPANTES

Talleres para diagnóstico comunicacional y elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala
-Dirigido a [redacted] del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, septiembre de 2011.-

FECHA <u>30-septiembre-2011</u>		TALLER NO. <u>1 y 2</u>				
FACILITADOR _____						
No.	Nombre de participante	Aldea/ caserío	Edad	Ocupación principal 1 = casa 2 = agricultura 3 = comercio 4 = oficina-gob 5 = otra profesión	idioma(s) que habla 1 = cackchiquel 2 = español 3 = ambos 4 = otro, cual _____	Nivel escolaridad 1 = primaria 2 = secund 3 = diversif 4 = universit 5 = otro 0 = ninguno
1	Toribia Camcy	Caserío Chuisac	53	Casa	Kaqchikel	no sabe leer
2	Lidia López	Caserío Chuisac	29	Casa	no	Secretaría Oficinista
3	Maria vidalia Armira Hernández	Caserío Chuisac	57	Casa	Kaqchikel	no sabe leer
4	Maria Susana López	Caserío Chuisac	67	Casa	Kaqchikel	no sabe leer
5	Ana Beatriz Camcy	Caserío Chuisac	45	Casa	Kaqchikel	2do primaria
6	Vidalia Xocoy	Caserío Chuisac	57	Casa	no	3 no. primaria
7	Maria Isabel Mutzulza	Los Tablones	34	Casa	Español	4ta. primaria
8	Maria Julia Comatez	Los Tablones	52	Casa	Kaqchiquel Español	2da. primaria
9	Blanca Estelza Martín	Los Tablones	25	Casa	Español	6to primaria
10	Evelyn Magali Martínez	Chi-Armira	29a	Facilitadora Comunitaria	Español	segundo Basico.
11	Maria Alejandrina	XESUJ San Francisco	50	Casa	Español	sexto
12	M. Roselia Esquit	Los Cerritos	42	Casa	Español	tercera. primaria
13	Molorenza Esquit	Los Cerritos	51	Casa	Español Kaqchiquel	no
14	Aurora Carolina Toyic	Los Tablones	21	Casa	Español	sexto

FECHA _____		TALLER NO. _____				
FACILITADOR _____						
No.	Nombre de participante	Aldea/ caserío	Edad	Ocupación principal 1 = casa 2 = agricultura 3 = comercio 4 = oficina-gob 5 = otra profesión	Idioma(s) que habla 1 = cakchiquel 2 = español 3 = ambos 4 = otro, cual _____	Nivel escolaridad 1 = primaria 2 = secund 3 = diversif 4 = universit 5 = otro 0 = ninguno
15	Maria Justa Ajbal	Parate los Tablones, Xesut	39	casa	español	sexto
16	Martina Tubac Ajbal	Parate los Tablones, Xesut	21	casa	español.	diversif- secretaria bilingüe
17	Consuelo Estrada	Palama, Xesut	38	oficio domestico	español	sexto
18	Claudia Dalila Morales	Palama, Xesut	23	casa	español.	1o. básico
19	Maria Cristina Morales Tzutuj	Palama, Xesut	46	comercio comida	español.	1o. primaria
20	Rosa Hermina Tubac Cumatzil	Palama Xesut	24	alfabetiza con Conalffa	español	bachiller CC lotes
21	Enma Soce li Cumatzil Morales	Palama, Xesut	21	casa y estudia	español	universit. 2o año pedagogia en EF USAC
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

GUIA DE PREGUNTAS PARA TALLER CON MUJERES

PARA ARBOL DE PROBLEMAS, ANALISIS FODA, MAPA DE VINCULOS

Talleres para diagnóstico comunicacional y elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala -Dirigido a mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, septiembre de 2011.-

FECHA _____

TALLER NO. _____

FACILITADOR _____

Preguntar por nivel de educación alcanzado (que levanten la mano):

1 = primaria 2 = secund 3 = diversif 4 = universit 5 = otro 0 = ninguno

Ocupación (que levanten la mano):

1 = casa 2 = agricultura 3 = comercio 4 = oficina-gob 5 = otra profesión

ARBOL PROBLEMAS

1. ¿Conocen la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010? Si, NO. – Hacer conteo.
2. Explicar en qué consiste la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010. Énfasis en el artículo No. 13: Casas maternas con pertinencia cultural.
3. ¿Les gustaría contar con casas maternas cerca de los servicios de salud? ¿Por qué?
4. Lluvia de ideas: ¿se llega a tiempo a un servicio de salud cuando hay emergencias por el embarazo, o durante el parto, o después del parto? ¿por qué?
5. Elaborar árbol problemas: problema principal – causas – efectos **[INCREMENTO RIESGO MUERTE DE MADRES Y RECIEN NACIDOS X DESCONOCIMIENTO LEY MATERNIDAD SEGURA]**
6. Elaborar árbol de objetivos: objetivo principal deseado, propósito/componentes, consecuencias deseadas **[DISMINUIR EL RIESGO MUERTE DE MADRES Y RECIEN NACIDOS AL CONOCER LA LEY DE MATERNIDAD SEGURA Y ABOGAR POR LA INSTALACION DE CASAS MATERNAS]**
7. ¿Cuáles creen que son los problemas para dar a conocer la Ley de la Maternidad Saludable en toda la comunidad-municipio?
8. ¿Qué problemas encuentran para que se pueda demandar la instalación de casas maternas?

FODA

9. Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas para dar a conocer la Ley para la Maternidad Saludable.
Ejemplos: F= multiplicadoras en su comunidad, O= red mujeres, comadrona, curanderos, D= distancia, barrera cultural (esposos, suegras, líderes religiosos), falta voluntad, A= falta presupuesto para difundir mensajes, otras barreras.

MAPA DE VINCULOS

- ✓ El facilitador, en consulta con el grupo, dibuja y organiza a los actores en otra hoja de papel en base a dónde viven y trabajan (aldea, cabecera municipal, departamento, etc) y dibuja los vínculos identificados. (Eg. Alianzas con OSAR, red mujeres-hombres, servicios de salud, comadronas, curanderos, etc)
 - Reconocer los patrones de intercambio de información (formales e informales)

- Verificar cuáles son los actores más importantes a nivel de aldea, municipio, departamento, etc
 - Identificar las relaciones o vínculos más importantes entre los actores (comunidades, técnicos, autoridades municipales) en las localidades donde se implementa el diagnóstico.
- ✓ El mapa sirve como medio de comunicación y de discusión sobre 1) canales o medios de comunicación ya en uso, y 2) canales o medios de comunicación que el grupo quisiera utilizar (alternos)

10. ¿De qué medios de comunicación dispone la comunidad para informarse de manera rápida y eficiente? Mencione los tres primeros medios que consideren más efectivos. (Eg. Televisión, radio, medios escritos, medios alternos: actividades culturales, actividades de la escuela, actividades deportivas, reuniones de comités locales, otros, ninguno). Mencionar HORARIOS.
11. ¿Con qué medios cuenta en su casa o en su trabajo para informarse? Televisión, radio, medios escritos, medios alternos, otros.
12. ¿Cuáles son las radios más escuchadas o preferidas en su comunidad? - Mencionar NOMBRES.
13. ¿Qué programas de la radio prefiere escuchar? Noticias, deportes, culturales, religiosos, música, política, otros. - Mencionar nombres. Mencionar HORARIOS.
14. ¿Cuáles son los canales de T.V. preferidos en su comunidad o cuales se ven? - Mencionar nombres.
15. ¿Qué programas de la T.V. prefiere ver? Noticias, deportes, culturales, religiosos, música, política, otros. - Mencionar nombres. Mencionar HORARIOS.
16. ¿Cómo creen que es la mejor manera de que se conozca y difunda la Ley de Maternidad Saludable en la comunidad y en todo el municipio, especialmente lo relacionado a las casas maternas? **ANALIZAR MAPA DE VINCULOS Y MAPA DE MEDIOS EXISTENTES: ¿por qué medios?**

MATRIZ DE OBJETIVOS: públicos y mensajes - Productos

17. ¿Cómo será la campaña? ¿Por qué y para qué? Definir objetivos claros. ¿Que se pretende con el diseño de la campaña?
18. Mensajes – Públicos – productos: lluvia de ideas.
19. ¿Cómo y con qué medios? Presupuesto.

MATRIZ PARA DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES Y FECHAS IMPORTANTES (POA)

20. Definición de actividades y fechas importantes, para realizar la estrategia de comunicación /campaña. ¿Cómo nos organizamos?

PREGUNTAS GENERALES

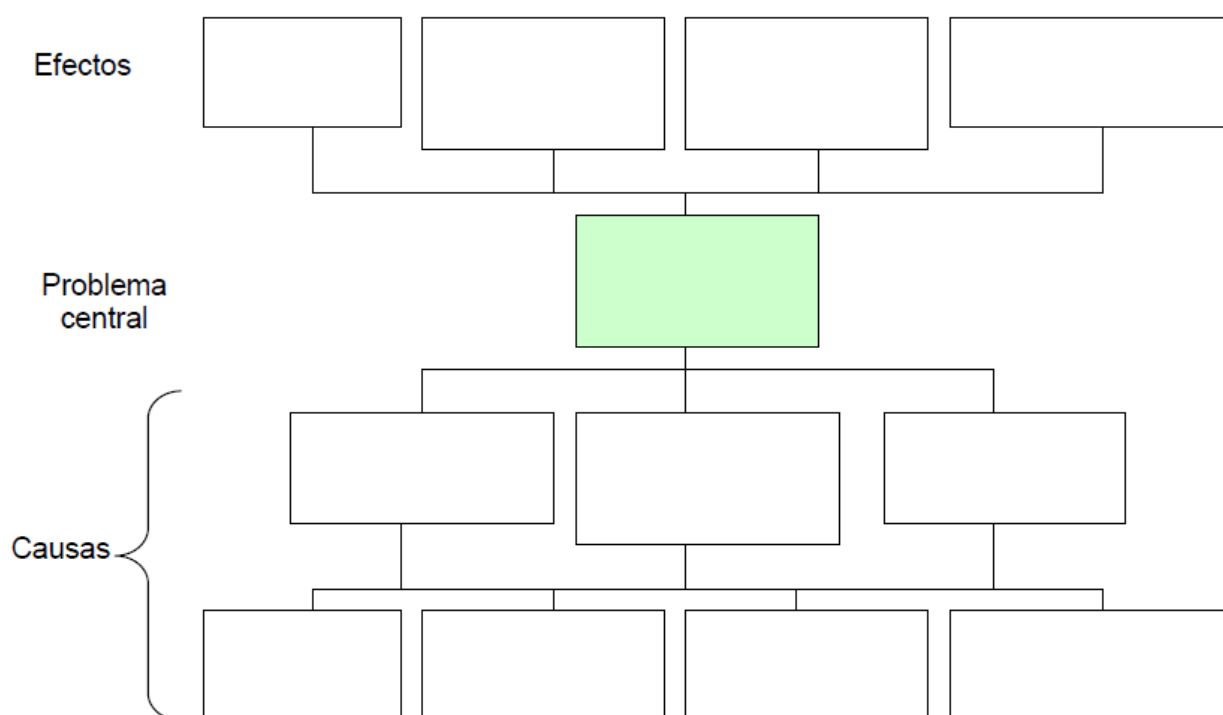
21. ¿Cómo pueden hacer para que las autoridades de su comunidad colaboren y se concrete la instalación de casas maternas?
22. ¿Quién o quienes deben solucionar los problemas de la salud de su comunidad?
23. ¿Consideran que como mujeres y ciudadanas tienen responsabilidad en ayudar a solucionar el problema para que disminuyan las muertes maternas y neonatales? Si, NO, por qué?
24. ¿Les interesaría participar en alguna actividad relacionada con demandar o abogar por la instalación de casas maternas? Por ejemplo, participar en red de mujeres indígenas, con los COCODES o COMUDES, en las escuelas, cómo?
25. ¿De qué depende que ustedes puedan participar en actividades en su comunidad para demandar la instalación de casas maternas? Por qué?

ANEXOS – HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA LOS TALLERES

1. ARBOL DE PROBLEMAS
2. MAPA DE VINCULOS (identificar donde fluye la comunicación, puntos que la institución puede usar para dar a conocer el mensaje).
3. FODA
4. MATRIZ DE OBJETIVOS: públicos y mensajes - Productos
5. MATRIZ PARA DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES Y FECHAS IMPORTANTES (POA) – (que las mujeres consideren importantes).

HERRAMIENTA ♣ 1 ARBOL DE PROBLEMAS

Ver procedimiento en <http://www.jjponline.com/marcologico/problema.html>



HERRAMIENTA ♣ 2 MAPEO DE VÍNCULOS

Esta herramienta se denomina “diagnóstico rápido de sistemas de conocimiento y comunicación”.

Es un método de diagnóstico rápido para:

- Reconocer los patrones de intercambio de información (formales e informales), para identificar cómo mejorar su funcionamiento.
- Verificar cuáles son los actores más importantes a nivel de aldea, municipio, departamento, etc. en base a un tema específico.
- Identificar las relaciones o vínculos más importantes entre los actores (comunidades, técnicos, autoridades municipales) en las localidades donde se implementa el diagnóstico.
- Recomendar formas de fortalecer la capacidad municipal y departamental para hacer diagnósticos y mejorar las relaciones inter-institucionales en relación al tema específico.

USO

El facilitador (a), en consulta con el grupo, dibuja y organiza a los actores en otra hoja de papel en base a dónde viven y trabajan (aldea, cabecera municipal, departamento, etc) y dibuja los vínculos identificados.

El mapa sirve como medio de comunicación y de discusión sobre a) canales o medios de comunicación ya en uso, y b) canales o medios de comunicación que el grupo quisiera utilizar.

HERRAMIENTA ♣ 3 FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

Esta herramienta sirve para identificar las capacidades de comunicación existentes en el municipio para desarrollar la estrategia de comunicación.

Hacer una lista, vinculando siempre los aspectos a la comunicación:

FORTALEZAS: Son los aspectos INTERNOS que nos hacen fuertes como grupo, son las ventajas, las capacidades, las exclusividades.

OPORTUNIDADES: Son las situaciones o aspectos EXTERNOS que actualmente encuentra el grupo y que pueden aprovecharse para cumplir con los objetivos.

DEBILIDADES: Son los aspectos INTERNOS que nos limitan y obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.

AMENAZAS: Son los aspectos EXERNOS actuales o probables que amenazan el cumplimiento de los objetivos.

Fortalezas	Oportunidades
Debilidades	Amenazas

HERRAMIENTA 4 Objetivos: públicos y mensajes

Objetivo: Dar a conocer las principales causas del riesgo y las posibilidades de reducirlo.								
Mensaje central	Público objetivo	Materiales	¿Cómo se utilizarán?	¿Quién y donde se producirán?	¿Cómo se hará el testeo?	Distribución (medios, frecuencia, foros)	¿Cómo se medirá su alcance?	¿Qué se presupue sta?
1. Porqué vivimos en riesgo.	Población en zonas de riesgo. COCODE (cabecera municipal) Funcionarios de instituciones.	Guión de radio (genérico)	En radios locales, en foros, perifoneo	Equipo de comunicación	Con los COCODE	Mensaje de radio Foro comunal	Frecuencia y cantidad de radios en las que se transmite la cuña. Sondeo en un COMUDE (valorización de contenidos y conocimiento adquirido)	
2. Qué estamos haciendo para reducir el riesgo	Población en zonas de riesgo. COCODE Funcionarios de instituciones.							
3.								

FOTOGRAFIAS.

Elaboración árbol de problemas. Taller 1 con mujeres de San Martín Jilotepeque, 30 septiembre 2011.



Dinámica de grupo. Taller con mujeres de San Martín Jilotepeque, 30 septiembre 2011.



Trabajo en grupos, elaboración matriz actores clave y definición mensajes clave.
Taller 2 con mujeres de San Martín Jilotepeque, 30 septiembre 2011.



Taller (3) para validar la estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala

Dirigido a mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, 11 de octubre de 2011.

Objetivo del taller:

Validar la estrategia participativa de comunicación elaborada, durante el último taller.

Ruta a Seguir- Herramientas:

Las herramientas a utilizar para poder cumplir con los objetivos del taller de validación de materiales elaborados son:

1. Dinámica para romper el hielo y estimular participación
2. Recapitulando: presentar síntesis de los dos talleres anteriores, acuerdos, conclusiones.
3. Presentar los materiales elaborados: audio (spots de radio) e impresos (bifoliar, afiche).
4. Formar grupos de trabajo, para comentar y validar los materiales, uno por uno. Utilizar instrumentos.
5. Lluvia de ideas.
6. Presentación de las ideas-comentarios a los materiales, por grupos.
7. Instrumento para validar materiales y tomar nota de todas las recomendaciones

AGENDA TALLER NO. 3 – VALIDACION MATERIALES

DIA 3.

<i>Horario</i>	<i>Tema</i>	<i>Metodología</i>	<i>Productos</i>
8:00	Bienvenida. Resumen de talleres anteriores, acuerdos, conclusiones.	Presentar síntesis de taller anterior, por parte de estudiante EPS.	Recapitular información taller no. 1
8:15	¿Cómo es la estrategia de comunicación elaborada?	Presentar la estrategia (spot de radio, bifoliar y afiche)	Retroalimentación.
8:30	Comentarios sobre los productos elaborados: Mensajes – Públicos – productos.	Trabajo en grupos. Uso de papelógrafo, para anotar principales conclusiones de discusión en grupo. Uso de instrumentos elaborados para anotar.	Retroalimentación a los productos presentados.
9:00	Plenaria: presentación de cada grupo con comentarios – sugerencias – para mejorar la estrategia de comunicación presentada.	10 minutos por grupo y luego 10 minutos para los comentarios en plenario.	Validación del material – productos presentados.
10:00	Cierre del taller.	Las participantes expresan su opinión sobre el taller.	

**GUIA DE PREGUNTAS PARA TALLER CON MUJERES
VALIDACION DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACION**

Taller para validar la estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala

-Dirigido a mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, octubre de 2011.-

FECHA _____

TALLER NO. _____

FACILITADOR _____

MATERIAL IMPRESO A VALIDAR: _____

Pregunta	Muy bonito- Excelente	Aceptable- Normal	Mas o menos- Regular	No me gusta- Feo
Formato: COLORES ¿Le gustan los colores usados?				
Formato: TAMAÑO ¿le gusta el tamaño del material?				
Formato: FORMA- PRESENTACION ¿le gusta la forma como se presenta?				
Pregunta	Muy bonito- Excelente- Muy bien	Aceptable- Normal- Bien	Mas o menos- Regular	No me gusta- Feo- No
DIBUJOS: ¿Les gustan los dibujos?				
¿Se comprende el mensaje que quiere dar el dibujo?				
¿Qué ven en el dibujo, qué están haciendo o qué está pasando? CONVERSARLO – ANOTAR A LA PAR				
Pregunta	Muy bonito- Excelente- Muy bien	Aceptable- Normal- Bien	Mas o menos- Regular	No me gusta- Feo- No
TEXTO: Legibilidad. ¿Se entiende la letra en los títulos?				
TEXTO: Legibilidad. ¿Se entiende la letra en los textos?				
TEXTO: Comprensión. ¿Se entiende el mensaje?				
TEXTO: Comprensión. ¿de qué se trata el mensaje? CONVERSARLO – ANOTAR A LA PAR				

**GUIA DE PREGUNTAS PARA TALLER CON MUJERES
VALIDACION DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACION**

Taller para validar la estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala

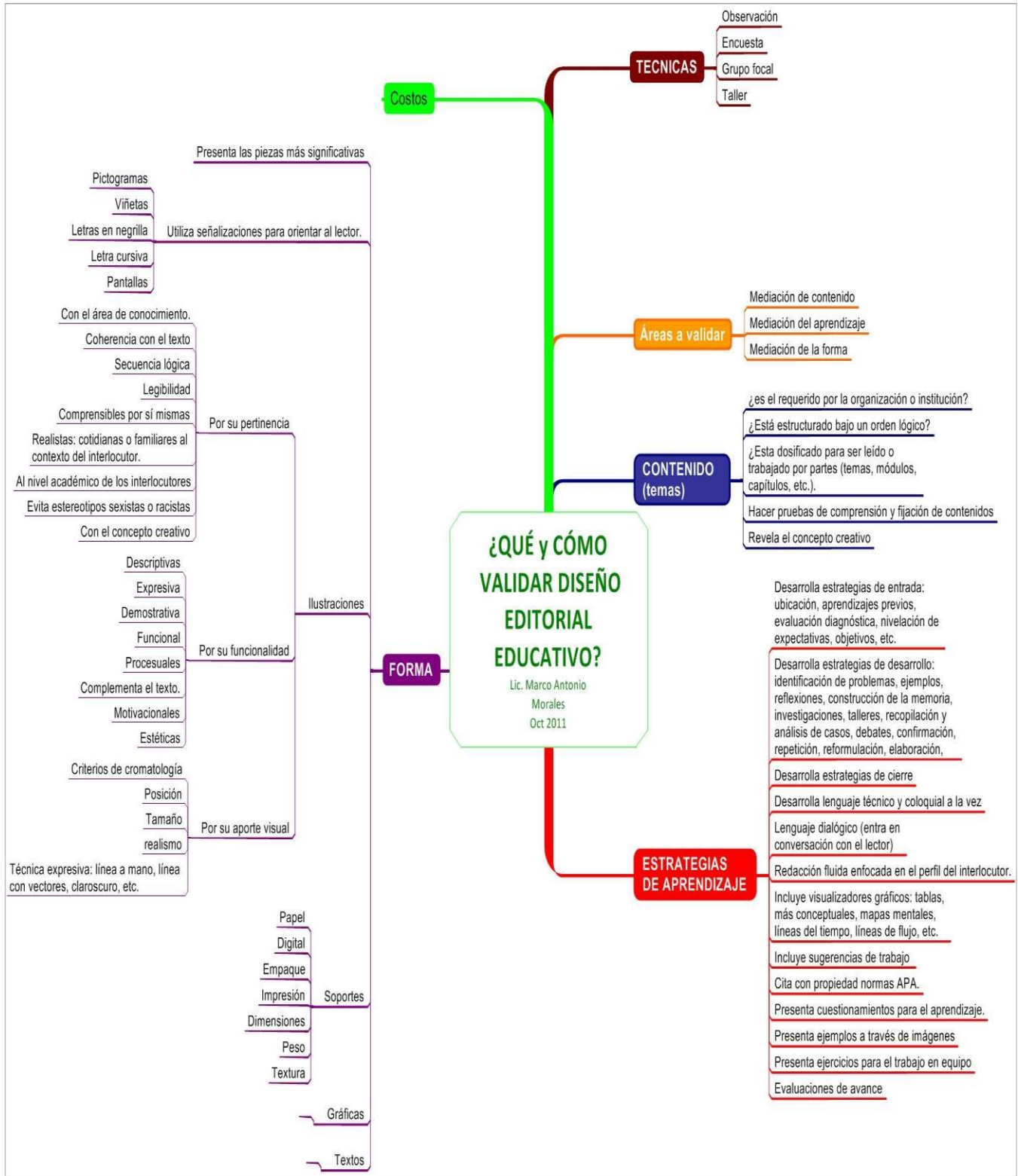
-Dirigido a mujeres del área rural de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, octubre de 2011.-

FECHA _____ TALLER NO. _____

FACILITADOR _____ MATERIAL AUDIO A VALIDAR: _____

Pregunta	Excelente- Muy bien	Aceptable- Normal- Bien	Mas o menos- Regular	No me gusta- Feo- No
Formato: MUSICA FONDO ¿Le gusta la música de fondo?				
Formato: VOCES ¿le gustan las voces del anuncio? ¿le agradan?				
Formato: VOCES. Legible. ¿se entienden las voces? ¿son claras las voces?				
Formato. DURACION. ¿Le parece la duración del anuncio? ¿es adecuado?				
Mensaje: ¿Se comprende el mensaje que se quiere dar?				
Mensaje: Comprensión. ¿de qué se trata el anuncio? CONVERSARLO – ANOTAR A LA PAR				
Mensaje: Comprensión. ¿de qué se trata el anuncio? DRAMATIZACION. Formar grupos y presentar el anuncio.				

COMENTARIOS: _____



Marco de referencia para validar materiales.

FOTOGRAFIAS TALLER 3, VALIDACION ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN (MATERIALES IMPRESOS Y AUDIO)

Escuchando spots de radio



Dando opinión sobre los spots de radio



Construcción de las historias: Contando la historia que narran los spots. Comprensión del mensaje.



Leyendo el bifoliar.



Dando opiniones sobre el bifoliar.



Construcción de la información: Contando lo que dice e informa el bifoliar.



Evaluando el bifoliar, todo el grupo.



Foto de grupo, al final de la sesión de validación



Anexo 3

Talleres para diagnóstico comunicacional y elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala

Dirigido a líderes del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango,
octubre de 2011.

Objetivos del taller:

1) Introducir el tema de la comunicación para la difusión de la Ley de la Maternidad Saludable a nivel comunitario de dicho municipio.

2) Sentar las bases del diseño de una estrategia de comunicación participativa para que las mujeres de dicho municipio conozcan la Ley de la Maternidad Saludable y puedan demandar y-o abogar por la instalación de casas maternas cercanas a los servicios de salud.

Ruta a Seguir- Herramientas:

Las herramientas a utilizar para poder cumplir con los objetivos del taller son las siguientes.

1. ARBOL DE PROBLEMAS
2. MAPA DE VINCULOS (identificar donde fluye la comunicación de la institución, puntos que la institución puede usar para dar a conocer el mensaje).
3. FODA
4. MATRIZ DE OBJETIVOS: públicos y mensajes - Productos

AGENDA TALLERES

TALLER 1.

Horario	Tema	Metodología	Productos
8:00	Inicio del taller. Presentación de las personas.	Dinámica: decir nombre, lugar aldea.	Conocerse.
8:05	Que es la comunicación y gestionar proyectos según necesidades.	Presentaciones voluntarias sobre que comprenden del tema.	Comprensión del enfoque de comunicación y el aporte que dará el proyecto.
8:15	¿Qué pasa en el municipio en el tema de la salud materna y neonatal? ¿Se conoce la Ley de Maternidad Saludable a nivel de la comunidad, las mujeres?	Herramienta ♣ 1 Arbol de Problemas Conversatorio y a partir de ahí se construye el árbol de problema.	Se obtendrán percepciones de las participantes y los problemas prioritarios que encuentra el grupo.
9:00	¿Cómo nos comunicamos? - Redes de comunicación en relación al tema de la salud materna (embarazo, parto, post parto)	Herramienta ♣ 2 Mapa de vínculos. Trabajo en grupos 1. ¿Qué es la comunicación? 2. ¿Cómo es la comunicación en	Se identifican los canales, medios y líderes de comunicación.

	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de comunicación masiva en el municipio - Medios alternos de comunicación en el municipio 	<p>el tema de la salud materna y neonatal?</p> <p>a. Elaboración del mapa de vínculos.</p> <p>b. ¿Qué aspectos favorecen la comunicación?</p> <p>c. ¿Qué aspectos la limitan?</p> <p>d. ¿Cuáles alternativas de solución?</p>	
9:15	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas	<p>Herramienta ♣ 3 FODA</p> <p>En el plenario: valoración de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas para demandar la instalación de casas maternas en dicho municipio.</p> <p>Este ejercicio nos dará una visión general.</p>	Análisis FODA

TALLER 2.

Horario	Tema	Metodología	Productos
10:00	<p>¿Cómo será la campaña?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Por qué y para qué? Definir objetivos claros. - ¿Que se pretende con el diseño de la campaña? 	<p>Revisar objetivo, los resultados esperados y las fechas clave para generar la estrategia de comunicación.</p> <p>También aclarar qué es una campaña.</p>	Planteamiento del marco general de campaña.
10:15	<p>Mensajes – Públicos – productos. Construyamos nuestro plan de comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿A quién? Definir destinatario - ¿Qué decir y cómo decirlo? Definir mensajes. - ¿Cómo y con qué medios? Indicar y definir los tres principales medios para enterarse de noticias. - Medios alternos (eg. Gratuitos, baratos, no convencionales y que funcionen). - ¿Cuánto? Presupuesto. 	<p>Herramienta ♣ 4 Matriz de Objetivos</p> <p>Trabajo en grupos. Llenar la matriz. Hacerla en papelógrafo para pegarlo frente al plenario y compartir los mensajes elaborados y medios seleccionados como más importantes, ideas de cómo divulgar mensajes efectivos.</p>	Plan de mensajes y públicos.

GUIA DE PREGUNTAS PARA TALLER- GRUPO FOCAL CON LIDERES INDIGENAS

PARA ARBOL DE PROBLEMAS, ANALISIS FODA, MAPA DE VINCULOS

Talleres para diagnóstico comunicacional y elaboración de estrategia de comunicación para difusión de la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas, en el marco de la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala -Dirigido a líderes indígenas del Observatorio por la Salud Reproductiva (OSAR) de Chimaltenango, octubre de 2011-

FECHA _____

TALLER NO. _____

FACILITADOR _____

ARBOL PROBLEMAS/ ARBOL OBJETIVOS

1. Cuáles creen que son los problemas principales por los que se dan muertes maternas y neonatales? Esto durante embarazo, parto o postparto.
2. Hablar sobre la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010, específicamente el artículo No. 13 “casas maternas con pertinencia cultural” y el rol de abogacía que se hace a través del OSAR.
3. Cuáles creen que son los problemas para dar a conocer la Ley de la Maternidad Saludable en toda la comunidad-municipio?
4. ¿Qué problemas encuentran para que se pueda demandar la instalación de casas maternas?
5. Hablar de su rol como parte del OSAR. Experiencias, lecciones aprendidas, retos.

FODA

6. Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas al hacer trabajo de abogacía.
7. Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas para dar a conocer la Ley para la Maternidad Saludable.

MAPA DE VINCULOS

- a) El facilitador, en consulta con el grupo, dibuja y organiza a los actores en otra hoja de papel en base a dónde viven y trabajan (aldea, cabecera municipal, departamento, etc) y dibuja los vínculos identificados. (Eg. Alianzas con OSAR, red mujeres-hombres, servicios de salud, comadronas, curanderos, etc)
 - Reconocer los patrones de intercambio de información (formal e informal)
 - Verificar cuáles son los actores más importantes a nivel de aldea, municipio, departamento, etc
 - Identificar las relaciones o vínculos más importantes entre los actores (comunidades, técnicos, autoridades municipales) en las localidades donde se implementa el diagnóstico.
- b) El mapa sirve como medio de comunicación y de discusión sobre 1) canales o medios de comunicación ya en uso, y 2) canales o medios de comunicación que el grupo quisiera utilizar (alternos)

8. ¿De qué medios de comunicación dispone la comunidad para informarse de manera rápida y eficiente? Mencione los tres primeros medios que consideren más efectivos. (Eg. Televisión, radio, medios escritos, medios alternos: actividades culturales, actividades de la escuela, actividades deportivas, reuniones de comités locales, otros, ninguno). Mencionar HORARIOS.
9. ¿Con qué medios cuenta en su casa o en su trabajo para informarse? Televisión, radio, medios escritos, medios alternos, otros.
10. ¿Cuáles son las radios más escuchadas o preferidas en su comunidad? - Mencionar NOMBRES.
11. ¿Qué programas de la radio prefiere escuchar? Noticias, deportes, culturales, religiosos, música, política, otros. - Mencionar nombres. Mencionar HORARIOS.
12. ¿Cuáles son los canales de T.V. preferidos en su comunidad o cuales se ven? - Mencionar nombres.
13. ¿Qué programas de la T.V. prefiere ver? Noticias, deportes, culturales, religiosos, música, política, otros. - Mencionar nombres. Mencionar HORARIOS.
14. ¿Cómo creen que es la mejor manera de que se conozca y difunda la Ley de Maternidad Saludable en la comunidad y en todo el municipio, especialmente lo relacionado a las casas maternas? **ANALIZAR MAPA DE VINCULOS Y MAPA DE MEDIOS EXISTENTES: ¿por qué medios?**

MATRIZ DE OBJETIVOS: públicos y mensajes - Productos

15. ¿Cómo será la campaña? ¿Por qué y para qué? Definir objetivos claros. ¿Que se pretende con el diseño de la campaña?
16. Mensajes – Públicos – productos: lluvia de ideas.
17. ¿Cómo y con qué medios? Presupuesto.

PREGUNTAS GENERALES

18. ¿Cómo pueden hacer para que las autoridades de su comunidad colaboren y se concrete la instalación de casas maternas?
19. ¿Quién o quienes deben solucionar los problemas de la salud de su comunidad?
20. ¿Qué tienen planeado hacer, como líderes de la comunidad, por mejorar la salud de su comunidad-municipio?
21. ¿De qué depende que ustedes puedan participar en actividades en su comunidad para demandar la instalación de casas maternas? Por qué?
22. Comentarios, observaciones generales.








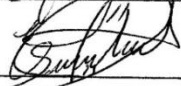



Lista de participantes de talleres con miembros líderes del OSAR

Taller para: Diagnóstico Comunicacional y Elaboración estrategia de comunicación para difundir la Ley para la Maternidad Saludable, con énfasis en la gestión de casas maternas.

Fecha: 5 octubre 2011

Lugar: Chimaltenango.

Participantes: Líderes y Miembros del OSAR
- Observatorio por la Salud Reproductiva -

	Nombre Participante	Institución que representa	Firma
1.	Claudia Braceli Sincal	IXNOJ	
2.	Vilma Franco Samuc	ASECSA	
3.	Hugo Higueros	Fesirgua.	
4.	Rudy Felipe	GOJoven	
5.	Veronica Buch	FESIRGUA	
6.	Virginia Cum	FESIRGUA	
7.	Sergio Quin	Ases Medicos clu.	
8.	Evelin Maribel sal Hachon	CICAM.	
9.	Jeaneth Subyuc Sequen	CICAM	
10.	Teresa Upün	Impact First International	
11.	Silvia Jimico	FESIRGUA	

INVITACION Y CONFIRMACION DEL TALLER CON MIEMBROS DEL OSAR.

04/11/11

Re: Seguimiento_cita con OSAR - Yahoo! Mail



Re: Seguimiento_cita con OSAR

Tuesday, September 27, 2011 3:20 PM

From: "SILVIA XINICO" <silviaxinico@gmail.com>
To: "Haydee Lemus" <lemushaydee@yahoo.com>
Cc: "TERESA UPUN" <teresitanumero1@yahoo.es>
1 File (26KB)



Propuesta

saludos cordiales Haydee

Por este medio le confirmo la reunión del OSAR el día miércoles 05 de octubre en las instalaciones de Ajquem Carretera Interamericana km 56, a la par del Organismo Judicial.

Una sugerencia para que todos los integrantes del OSAR se sientan parte de es enfocarlo a nivel del Departamento de Chimaltenango, y el proyecto se realizara en San Martín Jilotepeque porque es uno de los municipios que reporta mas muertes maternas y tiene mas habitantes.

He estado localizando a la Dra. Upun, pero lamentablemente no he tenido éxitos, le copio a ella para que este enterada y se pueda comunicar con nosotras o nos proporcione su Numero de Teléfono, para que nos pueda apoyar a gestionar una reunión con el alcalde de San Martín para el día 5 de octubre de 2011, a las 11:00 en la Municipalidad.

Saludos cordiales por cualquier información estamos en contacto

Silvia Xinico

El 22 de septiembre de 2011 14:26, Haydee Lemus <lemushaydee@yahoo.com> escribió:

Estimada Silvia, saludos!

Estoy dando seguimiento para saber si fue posible concretar la reunion con los miembros del OSAR, para que pueda realizar el taller. Te envíe la propuesta de agenda en un correo anterior, lo cual tomara un promedio de 2 hrs.

Agradezco todo el apoyo que me puedas brindar. Me urge avanzar con el trabajo pues tengo fechas limites en la universidad. Por otro lado, muy contenta de la experiencia de poder trabajar con el grupo pues el tema me encanta y creo en el.

Quedo a la espera de tus noticias, ya que debo avisar en mi trabajo aca en USAID para poder tomar esa mañana. muchas gracias,
haydee
cel. 5204-5601

FOTOGRAFIAS, Taller con Miembros Lideres del OSAR de Chimaltenango, 5 octubre 2011.



Elaboración árbol de problemas. Taller con miembros del OSAR de Chimaltenango, 5 octubre 2011.



Anexo 4

Piezas comunicacionales de la estrategia de comunicación:
bifoliar, afiche, spot de radio (este último formato digital en CD).

BIFOLIAR, parte exterior

Observatorio en Salud Reproductiva de Chimaltenango
(OSAR)

Ley para la Maternidad saludable

INFORMATE MÁS
sobre la ley para la Maternidad Saludable

CONOCE
cómo mejorar la salud de TU comunidad,




ORGANÍZATE
para instalar una Casa Materna.

Para más información sobre cómo organizarte,
habla con los líderes de TU comunidad.

Este es un mensaje del OSAR Chimaltenango
**¡Vigilando por el cumplimiento de
compromisos, hacia la salud de
TU comunidad!**

Casas maternas con
pertinencia cultural
-Decreto No. 32-2010-

Vigilando por el cumplimiento
de compromisos, hacia la salud
de TU comunidad!



Ley para la Maternidad saludable

-Decreto No. 32-2010-

En Guatemala, 2 mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o postparto.

¿Cuál es el objetivo de la ley para la maternidad saludable?

El objetivo de la ley es crear los mecanismos para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, asegurando la maternidad de las mujeres.



¿Quiénes son los responsables de aplicar y cumplir la ley?

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- IGSS
- ONG que brindan servicios de salud y que están contratadas por el Ministerio de Salud

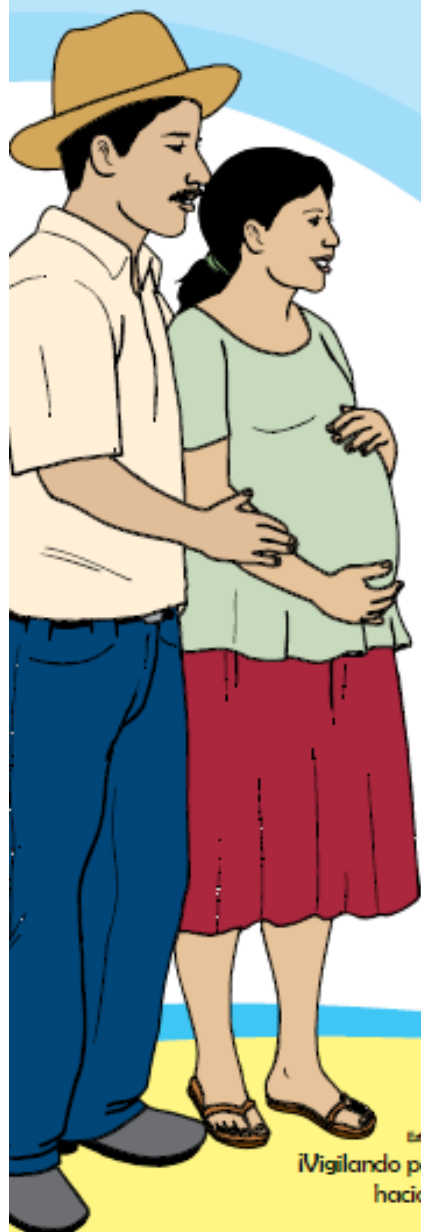


Artículos importantes de la ley:

- Art 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal.
- Art. 8. Atención obligatoria durante el embarazo, en el inciso h, indica: "Las mujeres serán atendidas en su idioma materno para asegurar que el tratamiento y los procedimientos de comunicación sean comprensibles y claros para ellas y su familia".
- Art. 13. Casas Maternas con pertinencia cultural. Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.

Ley para la Maternidad saludable

-Decreto No. 32-2010-



En Guatemala, dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o postparto.

Objeto de la ley:

Crear los mecanismos para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, asegurando la maternidad de las mujeres.

Responsables de aplicar y cumplir la ley:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ICSS, ONGs que brindan servicio de salud y que están contratadas por el Ministerio de Salud.

Algunos artículos importantes de la ley:

- Art. 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal.
- Art. 8. Atención obligatoria durante el embarazo. El inciso h, indica: "Las mujeres serán atendidas en su idioma materno para asegurar que el tratamiento y los procedimientos de comunicación sean comprensibles y claros para ellas y su familia".
- Art. 18. **Casas Maternas con pertinencia cultural.** Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.



INFORMATE MAS
sobre la ley para la Maternidad Saludable,



CONOCE
cómo mejorar la salud de TU comunidad,



ORGANIZATE
para instalar una Casa Materna.

Este es un mensaje del OSAR Chimaltenango

Vigilando por el cumplimiento de compromisos,
hacia la salud de TU comunidad!



SPOTS DE RADIO

- Grabados en CD adjunto, para ser escuchados.
- Guiones de los spots de radio: referirse al Capítulo 5, “Propuesta de Estrategia de Comunicación para el Desarrollo”.

Anexo 5

Revisión Bibliográfica y Documentos Técnicos e Institucionales Consultados en la Fase de Diagnóstico Situacional

1. Acuerdo Gubernativo No. 279-2009 del 27 de octubre de 2009. *Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva*, Decreto Numero 87-2005 del Congreso de la República de Guatemala.
2. Decreto Número 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley para la Maternidad Saludable*.
3. Decreto Número 87-2005 del Congreso de la República de Guatemala. *Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva*.
4. Documentos, boletines y hojas informativas compilados por la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva. Recuperado el 16 de agosto de 2011 de: <http://www.alianmisar.org/node/33>
5. [Informe de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala y la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas en Defensa del Derecho a la Salud Reproductiva, presentado en Ginebra, Suiza, 17 al 19 mayo 2011. Recuperado el 16 de agosto de 2011 de: <http://www.alianmisar.org/node/33>](http://www.alianmisar.org/node/33)
6. Mayca, Julio, et.al. *Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco*. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 145-60. Artículo Original.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. *Plan Nacional de Salud (PNS) para los Guatemaltecos*. Recuperado el 13 de septiembre de 2011 de: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/GENERAL/MISION_VISION/PLAN_NACIONAL/plan.pdf

Anexo 6

Ley para la Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010,
Congreso de la República de Guatemala



Ley para la Maternidad Saludable

DECRETO NÚMERO 32-2010

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala establece que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público; que el goce de la misma es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna y que es obligación del Estado desarrollar, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementadas pertinentes a fin de procurarles a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social.

CONSIDERANDO:

Que el Estado de Guatemala ha ratificado instrumentos de derechos humanos como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), y asumido compromisos con lo establecido en la Plataforma de Acción emanada de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, el Plan de Acción Mundial de Población y Desarrollo, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que en su cuarto y quinto objetivos se refiere a reducir la mortalidad infantil y a mejorar la salud materna, por lo que el Estado de Guatemala debe armonizar su ordenamiento jurídico interno con estos compromisos.

CONSIDERANDO:

Que en Guatemala, la razón de mortalidad materna es uno de los más altos de América Latina; que dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, siendo las mujeres indígenas, las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales las más afectadas, y que el Estado tiene obligación de proteger el proceso reproductivo, reconociendo que todo embarazo está en riesgo, y que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo, sin el riesgo de daño o muerte para la madre, o su hijo o hija.

CONSIDERANDO:

Que las niñas y niños como sujetos de derecho, el Estado debe protegerles y garantizarles condiciones de vida saludable y un futuro prometedor, por lo que tomando en cuenta que todo embarazo representa un riesgo para las mujeres y neonatos, se hace necesario promulgar una ley que garantice a las mujeres el ejercicio del derecho a una maternidad saludable.

POR TANTO:

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171 literal a) de la Constitución Política la República de Guatemala,

DECRETA:

La siguiente:

LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente Ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.

Artículo 2. Fines. Los fines de esta Ley son:

- a) Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante, entre otros.
- b) Fortalecer el Programa de Salud Reproductiva y la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas Interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xínca y garifuna.
- c) Promover un sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación que permita medir los avances y desafíos para cumplir con el objeto de la presente Ley.
- d) Garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en

adolescente, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras.

e) Establecer un único sistema de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal, que permita medir el avance e impacto de la estrategia de reducción de la mortalidad materna en el corto, mediano y largo plazo; y monitorear, evaluar y redireccionar las acciones desarrolladas en el mismo.

f) Promover el involucramiento de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, las municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas para prevenir y reducir la mortalidad materna neonatal.

Artículo 3. Instituciones responsables. Son responsables de la aplicación y cumplimiento de la presente Ley las instituciones siguientes: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines, los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Artículo 4. Principios rectores. El desarrollo de la presente Ley se enmarca en los principios siguientes:

a) **Gratuidad:** En la red de los servicios públicos de salud, se garantizará la atención gratuita en todas las intervenciones relacionadas con la salud materno-neonatal.

b) **Accesibilidad:** El Estado garantizará que los servicios de salud para la atención materno-neonatal sean accesibles geográfica y culturalmente, con énfasis en los grupos socialmente excluidos mencionados en la literal a) del artículo 2 de la presente Ley.

c) **Equidad:** En la prestación de servicios se dará especial atención a las mujeres más vulneradas en pobreza y pobreza extrema, de áreas rurales, adolescentes, indígenas, migrantes, discapacitadas, a efecto de disminuir la inequidad provocada por la condición de género y condición socioeconómica.

d) **Respeto a la interculturalidad:** Los servicios de salud materno-neonatal deberán prestarse garantizando el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades.

e) **Sostenibilidad:** El Estado debe asignar los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de los programas en materia de salud materno-neonatal que reduzcan los riesgos y aseguren la vida de mujeres, adolescentes y neonatos.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son responsables de velar porque los servicios de salud materno-neonatal sean prestados con calidad, centrados en las usuarias y asegurando la evaluación y supervisión de los mismos,

Artículo 5. Definiciones. Para la aplicación de la presente Ley, se entenderá por:

a) **Muerte materna:** Es la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días después del parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o posparto o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

b) **Muerte neonatal:** Niñas y niños que nacen vivos pero mueren durante los primeros veintiocho días de vida.

c) **Proveedor/a calificado:** Profesional de salud con destrezas y habilidades, médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y posparto, así como sus complicaciones.

d) **Proveedor/a comunitario y tradicional:** Personas reconocidas por la comunidad, que en el primer nivel de atención realizan acciones como: control prenatal e identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería en planificación familiar y acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud, entre otros.

e) **Atención prenatal:** Es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y preparar el plan de parto, que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación.

f) **Atención calificada del parto y recién nacido:** Es la atención de la mujer embarazada y del recién nacido durante el parto y posparto inmediato, en el hogar, en el centro de salud o en el hospital.

g) **Atención posnatal:** Es la atención calificada que se brinda, posterior al alumbramiento, hasta los cuarenta días después del parto.

h) **Niveles de atención:** Según la estructura de prestación de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está constituido por:

I. Primer nivel: Puestos de Salud, Centros de Convergencia a través del Equipo Básico de Salud del Programa de Extensión de Cobertura.

II. Segundo nivel: Centros de Salud, Maternidades Periféricas, Centros de Atención Permanente (CAP) y Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI).

III. Tercer nivel: hospitales distritales, departamentales, regionales, nacionales generales y nacionales especializadas.

CAPÍTULO II

ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL Y SUS ENTES RESPONSABLES

Artículo 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, están obligadas a

garantizar a las usuarias el acceso a servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención, promoviendo la participación social y comunitaria para compartir la responsabilidad de proveer condiciones adecuadas para una maternidad saludable.

Artículo 7. Condiciones para un embarazo saludable. Las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, en coordinación con el Ministerio de Educación y la Universidad de San Carlos de Guatemala, están obligadas a promover acciones dirigidas a informar, orientar y educar acerca de condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyan en la toma de decisiones para prevenir embarazos no deseados, así como para promover embarazos saludables, procurando condiciones nutricionales adecuadas y administración de suplementos alimenticios y vitamínicos.

Artículo 8. Atención obligatoria durante el embarazo. Las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar que las mujeres embarazadas reciben la atención de las intervenciones básicas siguientes:

- a) Atención prenatal de acuerdo con los estándares técnicos basados en la evidencia científica, con énfasis en la cantidad de controles del embarazo, vigilancia nutricional de la mujer y signos y síntomas de peligro en el embarazo.
- b) Manejo y referencia a niveles de mayor complejidad de los casos que presenten complicaciones obstétricas que no puedan ser resueltas en ese servicio.
- c) Disponibilidad y entrega de los medicamentos e insumos requeridos para la atención del embarazo, así como de patologías y/o condiciones especiales asociadas a este evento.
- d) Acceso a servicios de laboratorio clínico de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento y, cuando sea necesario, hacer la referencia correspondiente.
- e) Consejería en planificación familiar.
- f) Consejería pre y post en la realización de la prueba de VIH.
- g) Atención integral y diferenciada para niñas y adolescentes embarazadas, tomando en cuenta su edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación socioeconómica.
- h) Las mujeres serán atendidas en su idioma materno para asegurar que el tratamiento y los procedimientos de comunicación sean comprensibles y claros para ellas y su familia.
- i) El acceso a material educativo y comprensible para todo el núcleo familiar, en el cual se instruye a la mujer y a su familia, respecto de las acciones que se deben tomar en caso de emergencias durante el embarazo, para responder oportunamente a emergencias obstétricas que puedan presentarse.

Artículo 9. Atención obligatoria durante el parto. Las instituciones a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar la atención calificada del parto, bajo las siguientes condiciones:

- a) Atención obstétrica de acuerdo con los estándares técnicos recomendados por las instituciones especializadas, nacionales e internacionales, y los protocolos institucionales vigentes.
- b) Las niñas y adolescentes recibirán atención diferenciada tomando en cuenta su edad, etnia y escolaridad.
- c) Posición para la atención del parto, según preferencia de la mujer, deberá formularse el protocolo de parto vertical. Los servicios de salud que atienden partos, deberán considerar el acompañamiento de las mujeres por un familiar o persona de confianza en el momento del parto, cuando se trate de un parto normal.
- d) Atención obstétrica de emergencia básica que incluya los procedimientos establecidos en los protocolos para la atención de la emergencia obstétrica, con énfasis en las hemorragias obstétricas, cualquiera que sea su origen.
- e) Equipo médico, insumos y medicamentos disponibles para la atención del parto, del recién nacido, posparto y hemorragias obstétricas, de acuerdo al nivel de resolución de cada servicio.
- f) Disponibilidad de transporte en las unidades de atención del segundo y tercer nivel, las veinticuatro horas del día.
- g) Disponibilidad de sangre segura en cantidad y calidad suficiente.

Artículo 10. Atención obligatoria en el posparto. Las instituciones a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar que las mujeres reciban atención posparto con pertinencia cultural, desde el nacimiento del niño o niña, hasta los cuarenta y dos días posteriores al parto.

- a) Vigilancia inmediata del puerperio y control del mismo.
- b) Información, consejería y suministro de métodos de planificación familiar solicitados para el período posparto, con el objetivo de lograr el óptimo espaciamiento entre embarazos.
- c) Orientación sobre prevención de cáncer cérvico uterino y de mama.
- d) Información sobre la importancia de un régimen nutricional y suplementos alimenticios para la recuperación física y emocional.
- e) Orientación, identificación y referencia en casos de problemas emocionales.
- f) Visita de posparto en el hogar cuando éste se lleve a cabo en el hogar, un proveedor/a calificada debe visitar a la mujer puérpera y al recién nacido, entre las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas. Este personal deberá identificar signos y síntomas de peligro y remitir a la mujer o al recién nacido, según sea el caso, al nivel de atención con la capacidad resolutoria necesaria, según la morbilidad detectada.

Artículo 11. Salud neonatal. Las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, deberán implementar las acciones costo-efectivas para la reducción de la muerte neonatal, tales como la lactancia materna exclusiva, el uso de antibióticos para infecciones neonatales, la vacunación para prevenir el tétanos y la disminución de barreras para acceder a los servicios de salud. De igual forma, deberá promoverse la visita al recién nacido durante las primeras veinticuatro horas.

Artículo 12. Centros de Atención Integral Materno Infantil y Centros de Atención Permanente. Se institucionalizarán los Centros de Atención Integral Materno Infantil -CAIMI- y Centros de Atención Permanente -CAP-, como parte del segundo nivel de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como centros especializados, y estarán ubicados geográfica y estratégicamente de acuerdo con características poblacionales y epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materna y neonatal.

Serán atendidos por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería calificados. Podrán participar las comadronas, quienes brindarán servicios con pertinencia cultural para mejorar la salud materna neonatal y prevenir las muertes maternas y neonatales evitables, y atenderán las veinticuatro horas del día durante todo el año.

Artículo 13. Casas maternas con pertinencia cultural. Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.

Artículo 14. Extensión de cobertura por Organizaciones No Gubernamentales. Las Organizaciones No Gubernamentales que tienen contrato para prestar servicios de salud con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deben cumplir con la atención de la mujer en edad fértil no embarazada, la atención prenatal, materna y posnatal especificados en esta Ley.

CAPÍTULO III

SERVICIOS Y RECURSO HUMANO ACREDITADO PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO-NEONATAL

Artículo 15. Recurso humano calificado. La acreditación del recurso humano calificado estará a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el correspondiente aval de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Artículo 16. Regulación de los servicios privados. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, deberán definir, certificar y supervisar estándares de calidad y con calidez para la atención de parto, posparto y neonato en clínicas y hospitales privados.

En caso de incumplimiento se fijará un plazo no mayor de ocho días para reparar la omisión identificada.

Artículo 17. Proveedores comunitarios y tradicionales. Los proveedores comunitarios y tradicionales brindarán los servicios de maternidad en el primer nivel de atención, aplicando normas y protocolos establecidos.

En el caso de las comadronas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular, en coordinación con las organizaciones de comadronas, una política que incluye definición del rol de las comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico.

CAPÍTULO IV

ACCIONES INMEDIATAS PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA NEONATAL

Artículo 18. Acciones inmediatas. Para prevenir las complicaciones de embarazos que pongan en riesgo la vida de las mujeres, principalmente las mujeres vulnerables, se hace necesario establecer acciones inmediatas que conlleven:

- a) Programas nutricionales a niñas, adolescentes, y mujeres embarazadas y lactantes, para prevenir el deterioro de su salud y los nacimientos de niños y niñas con bajo peso, así como las malformaciones congénitas y el deterioro de la salud de las madres.
- b) Prevención de embarazos en niñas y adolescentes.
- c) Servicio de planificación familiar y post-evento obstétrico.
- d) Atención prenatal, atención del parto y posparto.
- e) Atención de emergencias obstétricas.
- f) Realizar estudio de factibilidad que permita crear un seguro de maternidad y niñez que garantice a las mujeres y a sus hijos e hijas, el acceso a los servicios de salud con calidad y calidez.

CAPÍTULO V

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN EN MORTALIDAD MATERNA

Artículo 19. Entes responsables. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Centro Nacional de Epidemiología, del Sistema de Información

Gerencial en Salud (SIGSA) y del Programa Nacional de Salud Reproductiva, desarrollará acciones de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal y de la mortalidad y morbilidad materna neonatal, sus consecuencias, factores de riesgo y el impacto en el sistema de salud pública, en el marco de la prevención y la atención de la salud materna neonatal.

Artículo 20. Comités de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad y Morbilidad Materna Neonatal. Las direcciones de áreas de salud, con el apoyo técnico del Centro Nacional de Epidemiología y del Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tienen la responsabilidad de integrar los Comités de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad y Morbilidad Materna y Neonatal. El Centro Nacional de Epidemiología y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, conjuntamente, deben elaborar las normas y protocolos de funcionamiento de dichos comités y los instrumentos y mecanismos de la vigilancia epidemiológica a nivel nacional.

Los comités de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, departamental, municipal y hospitalario, deberán incluir la participación de dos representantes de las organizaciones de la sociedad civil.

Artículo 21. Reporte obligatorio e inmediato de las muertes maternas y neonatales. La red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los hospitales y clínicas privadas que prestan servicios materno-neonatales, tienen obligación de informar las muertes maternas y neonatales al Centro Nacional de Epidemiología dentro de las siguientes cuarenta y ocho horas después de haber sucedido el evento. El Centro Nacional de Epidemiología deberá notificarlo al Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), en un plazo no mayor de cinco días. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el último día de cada mes, deberá enviar a la Comisión de Salud y Asistencia Social del Congreso de la República, informe sobre las muertes maternas y neonatales acaecidas, detallando las razones y los lugares en donde se produjeron y las acciones que se han tomado para resolver los problemas que llevaron a estas muertes.

CAPÍTULO VI

ASEGURAMIENTO DE LA MATERNIDAD SALUDABLE

Artículo 22. Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deberá crear la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable -CMPMS-, que será presidida por el Ministro de Salud o su Viceministro Técnico.

La CMPMS tendrá las siguientes funciones:

a) Realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna.

- b) Vigilar la disponibilidad de financiamiento para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley, así como el análisis del impacto en reducción de la muerte materna.
- c) Garantizar la sostenibilidad de la estrategia a largo plazo, la actualización de la evidencia científica y su aplicación en Guatemala.

Artículo 23. Integrantes de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable. La CMPMS estará integrada por los representantes de:

- a) Vice ministerio de Hospitales.
- b) Sistema de Atención en Salud -SIAS-.
- c) Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- d) Centro Nacional de Epidemiología.
- e) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-.
- f) Comisión de Salud del Congreso de la República.
- g) Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-.
- h) Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas.
- i) Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala.

Adicionalmente, como observadores, participarán las agencias de cooperación internacional interesadas en el tema y el Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR-, que realizará las funciones de vigilancia y monitoreo a la implementación de esta Ley.

Artículo 24. Convocatoria para la instalación de la CMPMS. Para la instalación de la CMPMS, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro de los siguientes sesenta días de entrada en vigencia la presente Ley, convocará a las instituciones descritas en el artículo anterior para que, en el plazo de quince días, nombren a sus representantes.

CAPÍTULO VII

CRITERIOS PRESUPUESTARIOS

Artículo 25. Financiamiento. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, asignarán los recursos necesarios para la atención de la salud materna neonatal en los tres niveles de atención definidos en esta Ley, priorizando aquellas regiones del país con mayor índice de muerte materna y neonatal, así como las regiones con mayor vulnerabilidad en función al nivel de pobreza y extrema pobreza de la población.

Artículo 26. Prioridades presupuestarias. A fin de cumplir con la presente Ley, se prioriza la inversión en los aspectos siguientes:

- a) Construcción, mantenimiento y readecuación de la infraestructura de los servicios de salud.
- b) Equipamiento de las unidades de salud, de acuerdo al nivel de atención.

- c) Capacitación permanente y con base en la evidencia científica sobre la identificación y manejo de las emergencias obstétricas dirigidas a todo el personal que presta atención materna-neonatal.
- d) Equipo e insumos para garantizar el ambiente habilitante para la atención de la salud materno-neonatal.
- e) Programas de sensibilización y capacitación para el relacionamiento intercultural, en caso de la atención de poblaciones indígenas.
- f) Contratación de recurso humano calificado para la atención de la salud materna neonatal.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo 27. Se reforma el artículo 25 de la Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas, Decreto Número 21-2004 del Congreso de la República, el cual queda así:

***Artículo 25. Destino.** De los recursos recaudados por la aplicación del presente Impuesto, se destinará un mínimo del quince por ciento (15%) para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. De esta asignación del quince por ciento (15%) para estos programas, como mínimo deberá destinarse un treinta por ciento (30%), exclusivamente, para la compra de insumos anticonceptivos; dicha adquisición se realizará según lo establecido en el artículo 19 de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto Número 87-2005 del Congreso de la República.

El Ministerio de Finanzas Públicas deberá crear, dentro del Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, una partida presupuestaria específica para la compra de insumos anticonceptivos.*

Artículo 28. Penalización. El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Ley, será sancionado de acuerdo a lo establecido en el Código Penal y leyes penales especiales.

A los funcionarios y empleados públicos, profesionales, técnicos y personas proveedoras de servicios de salud materna-neonatal que cometan hechos constitutivos de delito, conjuntamente con la pena principal, se les impondrá la de inhabilitación para ejercer su profesión.

Artículo 29. Penalización al conviviente. El conviviente de la mujer deberá permitir, promover y facilitar que ésta tenga acceso a los servicios de salud materna-neonatal. En caso contrario y como consecuencia se produjeran hechos que constituyan delitos, deben ser perseguidos y sancionados de conformidad con las disposiciones penales correspondientes.

CAPÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 30. Reglamento. El Organismo Ejecutivo emitirá y publicará el Reglamento de la presente Ley, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la vigencia de la misma.

Artículo 31. Derogatorias. Se derogan todas aquellas disposiciones que contravengan el contenido de la presente Ley.

Artículo 32. Vigencia. El presente Decreto entrará en vigencia el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial.

REMÍTASE AL ORGANISMO EJECUTIVO PARA SU SANCIÓN, PROMULGACIÓN Y PUBLICACIÓN.

EMITIDO EN EL PALACIO DEL ORGANISMO LEGISLATIVO, EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, EL NUEVE DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIEZ.

JOSÉ ROBERTO ALEJOS CÁMBARA
PRESIDENTE

HUGO FERNANDO GARCÍA GUDIEL
SECRETARIO

REINABEL ESTRADA ROCA
SECRETARIO

PALACIO NACIONAL: Guatemala, veintiocho de septiembre del año dos mil diez.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

COLOM CABALLEROS

Ludwin Werner Ovalle Cabrera
Ministro de Salud Pública y A.S.

Edgar Alfredo Balsells Conde
Ministro de Finanzas Públicas

Carlos Larios Ochoa
Secretario General
de la Presidencia de la República